

Tartu Ülikool

PeremeditSiini ja rahvatervishoiu instituut

**Tervisekäitumine ja mittenakkushaiguste levimus ravikindlustuseta
inimeste seas: Eesti terviseuuring 2014**

Magistritöö rahvatervishoius

Norman Pöder

**Juhendaja: Liis Rooväli, MSc, Tartu Ülikool, Meditsiiniteaduste valdkond,
peremeditSiini ja rahvatervishoiu instituut, tervishoiukorralduse assistent**

Tartu 2019

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 21.05.2019 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Janek Saluse, MA majandusteadus, Tartu Ülikooli sotsiaalteaduste valdkonna dekanat, õppekorralduse peaspetsialist

Kaitsmine: 05.06.2019

Sisukord

Lühikokkuvõte.....	4
1. Sissejuhatus	5
2. Kirjanduse ülevaade	7
2.1 Ravikindlustus Eestis.....	7
2.2 Ravikindlustuseta isikute ravivõimalused Eestis	8
2.3 Mittenakkushaiguste teket soodustav riskikäitumine	8
2.3.1 Mittenakkushaigused	8
2.3.2 Alkoholi tarbimine.....	9
2.3.3 Suitsetamine	11
2.3.4 Toitumine	12
2.3.5 Madal kehaline aktiivsus	12
2.4 Riskikäitumine ravikindlustuseta isikute seas	13
2.5 Tervishoiuteenuste kasutamise mõju tervisele	14
2.6 Tervishoiuteenuste kasutamine ravikindlustuseta isikute seas	15
3. Eesmärgid	18
4. Materjal ja metoodika.....	19
4.1 Andmestik ja valimi moodustamine	19
4.2 Töös kasutatavad tunnused	20
4.2.1 Sotsiaalmajanduslikud ja demograafilised tunnused	20
4.2.2 Mittenakkushaiguste levimus ja tervise enesehinnang.....	21
4.2.3 Tervisekäitumine	21
4.2.4 Tervishoiuteenuste kasutamine.....	23
4.3 Andmeanalüüs	24
5. Tulemused	26
5.1 Ravikindlustuseta isikud	26
5.2 Sotsiaalmajanduslikud ja demograafilised tegurid	27
5.3 Mittenakkushaigused ja tervise enesehinnang	29
5.4 Tervisekäitumine	31
5.5 Tervishoiuteenuste kasutamine	36
6. Arutelu	41
7. Järeldused ja ettepanekud	46
8. Kasutatud kirjandus	47
Summary.....	53
Tänuavaldus.....	54
Curriculum vitae.....	55

Lühikokkuvõte

Käesolevas magistritöös uuriti 19–62-aastaste Eesti täiskasvanute seas ravikindlustusega kaetust ja selle seoseid erinevate teguritega. Töö eesmärgiks oli kirjeldada ravikindlustuseta isikuid ning erinevusi ja seoseid ravikindlustamata ja -kindlustatud isikute vahel tervisekäitumises, mittenakkushaiguste levimuses ning tervishoiuteenuste kasutamises.

Magistritöö põhines Eesti terviseuuring 2014 andmetel ja lõppvalim koosnes 3662 uuritavast, kellest naised moodustasid 54,5%. Andmed koguti küsimustiku täitmise teel, mida sai teha nii intervjuuna kui ka iseseisvalt e-keskkonnas.

Kehtiva ravikindlustuse olemasolu andmed saadi küsimuse „Kas Teil on kehtiv ravikindlustus“ vastuste põhjal.

Eestis oli 2014. aastal ravikindlustamata inimeste osakaal tõusuteel. Kui 2006. aastal oli ravikindlustamata inimesi 16-a ja vanema elanikkonna seas 3,3%, siis 2014. aastal oli vastav osakaal juba 6,3%. Kaalutud uuringuandmete põhjal oli 19–62-aastaste inimeste seas kindlustamata isikuid 7,7%, seejuures oli meeste seas ravikindlustuseta isikute osakaal kõrgem (9,8%) kui naiste hulgas (5,7%). Eestlaste hulgas oli ravikindlustamata isikute osakaal (7,1%) väiksem kui muust rahvusest inimeste seas (9,0%) ja vanuse järgi oli ravikindlustamata isikute osakaal kõrgeim 40–49-aastaste inimeste seas – 8,8%.

Kõrgvererõhktõbe põdevatel isikutel oli suurem šanss omada ravikindlustust. Teiste mittenakkushaiguste esinemise ja ravikindlustuse olemasolu vahel statistiliselt olulisi seoseid ei leitud. Parema tervisehinnanguga inimestel on suurem šanss olla ilma ravikindlustuseta. Tervisekäitumises leiti ravikindlustatud ja kindlustamata isikute vahel mitmeid erinevusi. Võrreldes karsklastega oli nädalas 1–4 korda alkoholi tarbivatel isikutel suurem šanss olla ravikindlustuseta. Inimestel, kes tarbisid nädalas vähem kui 4 päeval puuvilju, oli väiksem šanss olla ravikindlustuseta kui neil, kes tarbisid puuvilju igapäevaselt. Isikutel, kes käisid harvemini pere- ja eriarsti juures ning kel teostati harvemini vererõhu, veresuhkru ja kolesteroolitaseme mõõtmisi, oli suurem šanss olla ravikindlustamata. Mitte kunagi vähi sõeluuringul osalenud naistel oli suurem šanss ravikindlustuse puudumiseks võrreldes naistega, kes viimase aasta jooksul olid vähisõeluuringul osalenud. Isikutel, kes tarbisid harvemini retseptiravimeid, käsimüügiravimeid ja vitamiine ning kel ei olnud viimase aasta jooksul vajadust meditsiiniabi järgi, oli suurem šanss ravikindlustuse puudumiseks.

1. Sissejuhatus

Eestis on ravikindlustamata inimeste osakaal kasvanud. Kui 2006. aastal oli ravikindlustamata inimesi 16-a ja vanema elanikkonna seas 3,3%, siis 2014. aastal juba 6,3% (1). Eestis võimaldatakse ravikindlustamata isikutele riigi poolt vaid vältimatut abi. Ravikindlustamata isikutele ei ole kindlustatutega võrdselt kättesaadavad ennetavad tegevused, mis võimaldaks haigusi varem diagnoosida või ära hoida (2).

Mittenakkushaigused on üha süvenev globaalne probleem, millele ei paista lahendust. Mittenakkushaiguste tagajärjel sureb maailmas igal aastal hinnanguliselt 40 miljonit inimest, mis moodustab kõikidest surmadest 70%. 15 miljonit neist surmadest toimub vanuses 30–69 aastat. 4 suurimat surma põhjustavat mittenakkushaiguste rühma on südamehaigused (17,7 miljonit surma aastas), vähk (8,8), hingamisteede haigused (3,9) ja diabeet (1,6) (3). 2012. aastal oli keskmise eestlase puhul tõenäosus, et ta sureb vanuses 30–70 eluaastat läbi ühe eelmainitud haiguse 18,8% (4). Kõik mainitud haigused on oluliselt mõjutatud inimeste tervisekäitumisest: risk haigestuda suureneb oluliselt suitsetamise, alkoholi tarbimise, vähesel kehalisel aktiivsuse ja valede toitumisharjumuste tagajärjel (3).

Üheks võimaluseks, mis tooks lahenduse mitmetele probleemidele, on universaalne tervisekaitse, mis tagab võrdsed ravivõimalused kõikidele inimestele. Sellel on tugev positiivne mõju inimeste kvaliteetsete eluaastate suurenemisele ja see on ülemaailmselt nii finantsiliselt kui sisuliselt teostatav. Universaalne tervisekaitse aitab suurendada tööhõivet ja soodustab majanduskasvu. Globaalselt on ilma selleta miljarditel inimestel oht täisväärtusliku ja produktiivse elu kaotamisele. Lisaks on sadadel miljonitel inimestel oht vaesuda kuna ebaproportsionaalselt suur osa nende sissetulekust kulub tervishoiuteenustele (5). Ravikindlustusega isikute osakaal oli vähemalt 99% 28 Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) riigis 34-st. Kui vaesemad riigid välja jätta, siis OECD riikide hulgas oli Eestist madalam kindlustusega kaetus vaid Poolas (91,5%) ja USA-s (91,2%) (6). Uuringute kohaselt parandavad laiema kaetusega tervisekaitsesüsteemid elanikkonna ligipääsu tervishoiuteenustele. Samuti väheneb seeläbi terviseprobleemide mõju inimeste sissetulekutele (7). OECD on leidnud, et laiem ravikindlustusega kaetus on seotud kõrgema oodatava elueaga sünnihetkel (8).

Ravikindlustamata isikute tervishoiuteenuste kasutamist Eestis on käsitlenud Kristiina Kahuri poolt 2006. aastal tema magistritöös. Töös võrreldi tervishoiuteenuste kasutamist kindlustatud ja kindlustamata isikute seas ning analüüsiti universaalseks tervisekaitseks vajaminevat rahastust ja sellega kaasnevaid aspekte. 2005. aastal sai vältimatut abi 27% ravikindlustamata isikutest. Abi kasutajate seas oli meeste osakaal suurem. Meeste haiglaravi

oli naiste omast keskmiselt veerandi võrra kallim ja keskmine ravil viibimine pikem. Kindlustatutega võrreldes oli ravikindlustuseta inimeste haiglaravi veerandi võrra kulukam ja kestvus 3 päeva pikem. Peamised vältimatu abi saamise põhjused ravikindlustuseta isikute seas olid traumad ja vigastused. Universaalse kindlustuskaitse loomisel oleks töökoormus suurenenud kõige enam perearstide ja vähem haiglaravi osutajate seas. (9)

Õiguskantsleri Kantseleis analüüsi 2009. a ravikindlustuseta isikute võimalusi raviks ja leiti, et üldarstiabi hüvitati ravikindlustamata isikutele 93%, ravimikulused 87% ja eriarstiabi 41% kohalikus omavalitsuses (10).

2018. aastal avaldas Poliitikauuringute Keskus Praxis uuringu, mis keskendus peaaesjalikult ravikindlustuskaitseta inimeste kindlustatuse katkendlikkuse ja puudumise põhjustele ning võimalustele ravikaitse laiendamiseks. Toodi välja, et püsivalt on Eestis kindlustamata 27000 inimest - 15000 meest ja 12000 naist. Peamiseks ravikindlustuse puudumise põhjuseks oli ebareeglipärane sissetulekute muster. Katkendliku ravikindlustusega isikute hulka kuulusid need, kel esines kümne aasta jooksul 13–65 kuud kindlustamatust. Selliseid inimesi oli Eestis üle 130000, kellest mehed moodustasid ligikaudu 65%. Suurimateks katkendliku kindlustatusega rühmadeks olid töövõimetud, töötud, väikelaste vanemad ja dividendide saajad. Ravikaitse laiendamise võimalustena toodi välja kolm võimalikku poliitikamuudatust: esiteks ravikindlustuse katvuse laiendamine hõive ja sissemakse parameetrite muutmisega, teiseks teadlikkuse tõstmine ja käitumise mõjutamine ravikindlustuse taotlemise suurendamiseks ja kolmandaks universaalse ravikaitse kehtestamine. (11)

Sellist uuringut, kus analüüsitakse põhjalikult nii ravikindlustamata isikute tervisekäitumist, terviseseisundit kui ka tervishoiuteenuste kasutamist, ei ole Eestis veel tehtud.

Teema on tervisepoliitikas aktuaalne, sest ravikindlustamata isikute arv on Eestis suur, mittenakkushaiguste levimus kasvab ning tervisekäitumine ravikindlustamata isikute seas on teadmata.

2. Kirjanduse ülevaade

Kirjanduse ülevaates antakse ülevaade, millised isikud Eestis omavad ravikindlustust ja millised on ravikindlustuseta isikute ravivõimalused Eestis. Esitatakse kokkuvõtte tervist kahjustavate elustiiliharjumuste mõjust levinumate mittenakkushaiguste tekkele ja valitud tervishoiuteenuste kasutamise mõjust tervisele. Samuti käsitletakse teaduskirjanduse põhjal ravikindlustamata isikute seas tervishoiuteenuste kasutamist.

2.1 Ravikindlustus Eestis

Ravikindlustuse seaduse tähenduses on kindlustatud isik Eesti alaline elanik, tähtajalise elamisloa või elamisõiguse alusel Eestis elav isik, ajutise viibimisalusega Eestis seaduslikult viibiv ja töötav isik; kelle eest sotsiaalmaksu maksja on kohustatud maksma sotsiaalmaksu või kes iseenda eest maksab sotsiaalmaksu sotsiaalmaksuseaduses sätestatud korras, suuruses ja tähtaegadel; eelnevate isikutega võrdsustatud isikud. Riigi- või kohaliku omavalitsuse poolt on kindlustatud ametnikud, tegevväelased, Riigikogu liikmed, Vabariigi President, Vabariigi Valitsuse liikmed, kohtunikud, õiguskantsler, riigikontrolör, riiklik lepitaja, kohaliku omavalitsuse üksuse volikogu liikmed, linna- ja vallavalitsuse liikmed, osavalla- või linnaosavanemad. Kindlustatutega võrdsustatud on lapseootel naised; isikud kuni 19-aastaseks saamiseni; isikud, kes saavad Eestis määratud riiklikku pensioni; osalise või puuduva töövõimega inimesed; kindlustatud isiku ülalpeetavad abikaasad, kellel on vanaduspensionieani jäänud kuni viis aastat; kõik õpilased ja üliõpilased, samuti doktorandid; ning kloostriksse kuuluvad mungad ja nunnad. Veel üks võimalus on ravikindlustuse seaduse § 22 järgi sõlmida haigekassaga leping ja tasuda ise igakuiseid kindlustusmakseid, kuid selleks on vaja täita vähemalt üks eeltingimus. Üheks võimaluseks on, et isik on enne lepingu sõlmimist kahel eelneval aastal kokku olnud vähemalt 12 kuud ravikindlustatud. Ta saab lepingu sõlmida ka oma ülalpeetava kasuks, kes on Eesti alaline elanik või Eestis tähtajalise elamisloa või elamisõiguse alusel elav isik. Teine variant on, et isik on maksnud või on tema eest makstud eelneval aastal vähemalt kaheteistkümnepäevase riigieelarvega kehtestatud kuumääralt sotsiaalmaksu. Lisaks saab lepingu sõlmida inimene, kes saab pensioni välisriigist (12). Kindlustusmakse lepingu sõlminud isikuid oli 2017. aasta lõpu seisuga Eestis 571 (13). Isikutel, kel puudub riiklik ravikindlustus, on õigus erakindlustusele, mida Eestis ainsana pakub ERGO kindlustus. Peamiselt kasutavad sellist võimalust välismaal töötavad inimesed, kes muul juhul jääks ravikindlustuseta (14).

Ravikindlustuseta inimesed kuuluvad peamiselt vanuserühma 20–60 eluaastat ja on majanduslikult mitteaktiivsed või välismaal töötavad isikud, kes ei täida tingimusi riikliku

ravikindlustuse saamiseks ja ei ole võimelised või ei soovi soetada erakindlustust ega sõlmida haigekassaga lepingut igakuiste maksete sooritamiseks (15).

2.2 Ravikindlustuseta isikute ravivõimalused Eestis

Riigi poolt on ravikindlustusega hõlmamata isikule tagatud vaid vältimatu abi, mille korral tuleb abi osutada juhul, kui ravimata jätmine seab ohtu inimese elu või tähendab võimaliku püsiva tervisekahjustuse teket. Samuti on igal Eesti Vabariigi territooriumil viibival isikul õigus kiirabiteenusele. Üldarstiabi, õendusabi ja eriarstiabi eest peab kindlustamata isik ise tasuma. Ka ravimihüvitist ega hambaraviteenuse hüvitist ei ole neile ette nähtud (2).

Kui riigi poolt on abi minimaalne, siis kohalikud omavalitsused annavad endast parima, et kõikidele kodanikele tervisekaitset võimaldada. Kuna kõik haldusüksused saavad tegutseda vaid enda rahaliste ressursside piires, on ravikindlustuseta isikute ligipääs tervishoiuteenustele Eestis ebaühtlane. Ravikindlustuseta isikud, kellele omavalitsused üldarstiabi võimaldavad, ei ole sageli sellest teadlikud ja kuulevad seda alles perearstilt. Ravimite hüvitamise kohta annavad inimestele teavet peamiselt sotsiaaltöötajad, kuid nendega pole paljudel kindlustamata isikutel samuti kontakti. Teavitamisel kasutatakse sageli veel ka omavalitsuse kodulehekülge ja kohalikku lehte. Lisaks sellele, et kindlustamata isikud ei ole enda võimalustest teadlikud, ei oma ka omavalitsused piisavalt informatsiooni kindlustamata elanike olemasolu suhtes (10).

Kui inimene perearsti juures ei käi, jääb ta ilma elementaarsetest tervishoiuteenustest. Ta jääb ilma läbivaatusest, nõustamisest, uuringutest, diagnoosi määramisest, raviplaani koostamisest ja ravist. Ilma perearsti külastamata ei suunata teda ka eriarsti juurde. Kindlustamata isikule ei ole tagatud õe vastuvõtt või koduvisiit, mille käigus hinnatakse tema terviseseisundit ja terviseriske ning antakse tervisealaseid soovitusi nii talle kui vajadusel ka tema lähedastele (16).

2.3 Mittenakkushaiguste teket soodustav riskikäitumine

2.3.1 Mittenakkushaigused

Mittenakkushaigusteks nimetatakse terviseseisundit või haigust, mis ei ole nakkava või päriliku iseloomuga vaid on elu jooksul omandatud (17). Sagedasemad neli mittenakkushaiguste liiki on südame-veresoonkonna haigused, vähk, kroonilised kopsuhaigused ja diabeet, mis põhjustavad aastas globaalselt üle 40 miljoni surma (3). Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul moodustavad mittenakkushaigused 2020. aastaks globaalsest haiguskooormusest 80%. Arengumaades põhjustavad need seitse surma kümnest, sealhulgas on pooled surnutest alla 70-aastased (18). Euroopas põhjustavad mittenakkushaigused ligi 86%

kõikidest surmadest ning moodustavad 76% haiguskoormusest. Eestis põhjustasid 2011. aastal kardiovaskulaarsed haigused ja kasvaja 73% kõikidest surmadest. Euroopas oli sama näitaja 52% (19).

Arvuliselt esineb üle 80% kardiovaskulaarsete haiguste ja diabeetide, 90% krooniliste kopsuhaiguste ja kaks kolmandikku vähi põhjustatud surmadest arengumaades, kus ei ole ei majanduslikke ega ka teaduslikke ressursse nendega võitlemiseks (18). Kuigi globaalse probleemi kese on liikunud arengumaadesse, on mittenakkushaigused üheks peamiseks probleemiks endiselt ka kõrgema sissetulekuga riikides. Eestis on mittenakkushaigusesse suremise tõenäosus vanuses 30–70 eluaastat 18,8% (4). Peamised elustiilist tingitud põhjused mittenakkushaiguste tekkeks on kõikjal sarnased – alkoholi tarbimine, suitsetamine, kehvad toitumisharjumused, vähene kehaline aktiivsus ja ülekaal (3, 18). Mittenakkushaiguste levimuse kiiret kasvu arengumaades võib selgitada demograafilise üleminekuga¹ (20). On toimunud ebatervislike eluviiside globaliseerumine (21).

Mittenakkushaigustega võitlemine on ülemaailmselt oluline väljakutse. Majanduslikult tähendab see, et mittenakkushaiguste raviks kulub kahe kümnendi vältel alates 2010. aastast 30 triljonit dollarit. See summa moodustas 2010. aasta maailmamajanduse kogutoodangust 48%. Kui käimasolev trend jätkub, on tulevikus mittenakkushaiguste tõttu miljonid inimesed sunnitud elama alla vaesuse piiri (21).

2.3.2 Alkoholi tarbimine

Alkoholi tarbimise vähendamine on maailmas kolme olulisima rahvatervise valdkonna prioriteedi seas. Euroopas on see tubaka ja kõrge vererõhu järel kolmandaks haiguste ja surmade põhjustajaks. Euroopa Liidus (EL-s) tarbitakse aastas inimese kohta alkoholi üle kahe korra rohkem kui maailmas keskmiselt (22).

Alkohol on teadaolevalt üle 60 erineva seisundi ja haiguse põhjustajaks (22). Näiteks suurendab see kardiovaskulaarsete haiguste teket. Ainus positiivne efekt alkoholi tarbimisel on seotud südame isheemiatõvega, aga seda vaid alkoholi mõõdukal või vähesel tarbimisel (23, 24). Suur alkoholitarbimine koronaartõve riski ei vähenda (24, 25) ja 2011. aastal koostatud meta-analüüsis leiti, et endistel alkoholi kuritarvitajatel on üldpopulatsioonist suurem oht surra südame isheemiatõppe, meeste puhul oli risk 1,25- ja naiste puhul 1,54-kordne (26). Ka 2017. aastal koostatud meta-analüüsis leiti, et endistel alkoholi kuritarvitajatel on võrreldes

¹ Demograafiline üleminek tähendab ühiskonnas vanemaealiste inimeste osakaalu kasvu, langevaid sündimuskordajaid ja üha tõusvat mediaanvanust. Arenenud piirkondades nagu Lääne-Euroopa toimus see mitmeid aastakümneid tagasi ning on hilisemal ajal toimunud ka arengumaades (20).

karsklastega suurem risk eelmainitud haiguse läbi surra. Lisaks leiti, et võrreldes karsklastega on risk suurem ka juhutarbijatel (25).

Tõendatud on alkoholi tarbimise mõju kõrgvererõhktõve haigestumise riski suurendajana. 2012. aastal koostatud meta-analüüsis leiti, et mida rohkem alkoholi tarbiti, seda suurem oli risk haigestuda. Statistiliselt oluliseks muutus alkoholi tarbimise mõju kõrgvererõhktõve tekkele nii meeste kui ka naiste puhul alates 31 grammist puhtast alkoholist päevas. Meeste puhul oli võrreldes karsklasega sellisel määral alkoholi tarbijal risk haigestuda kõrgvererõhktõppe 1,77-kordne ja naiste puhul 1,19-kordne (27). Veel on leitud, et alkoholi tarbimise vähendamine rohkem kui 24 grammi puhtast alkoholi päevas tarbivate inimeste hulgas alandab vererõhku. Uuringu tulemusena alanes vererõhk kõige rohkem neil, kes varasemalt vähemalt 72 grammi puhtast alkoholi päevas tarbides vähendasid alkoholi tarbimist poole võrra. Süstoolne vererõhk langes nende seas keskmiselt 5,5 mmHg ja diastoolne 3,97 mmHg. (28).

Haigus, mis väga suures osas on põhjustatud alkoholi poolt, on maksatsirroos. Alkohoolne maksatsirroos põhjustas 2010. aastal globaalselt 500 000 surma. Kõige suuremaks riskifaktoriks on sel haigusel alkoholi tarbimise periood ja tarbitud alkoholi hulk. Naised on alkoholi suhtes tundlikumad – neil tekib alkohoolne maksatsirroos võrreldes meestega väiksema koguse alkoholi tarbimisel. Hinnanguliselt haigestub tsirroosi 10–20% alkoholi kuritarvitajatest (29). Taanis läbi viidud uuring näitas, et meeste seas, kes tarvitasid alkoholi igapäevaselt, oli risk haigestumiseks 3,65 korda suurem kui 2–4 päeval nädalas alkoholi tarbivatel meestel. Alkoholi kogus mängib suuremat rolli vanemates vanuserühmades (30).

Järjepidev alkoholi tarbimine suurendab ka erinevatesse pahaloomulistesse kasvajatesse haigestumise riski. Alkohol suurendab hingamisteede-, ülemise seedetrakti-, maksa-, käärsoole-, pärasoole- ja rinnavähi tekke riski (31). USA-s läbi viidud kohortuuringus selgus, et 35–74-aastaste naiste seas, kes tarbisid aastas üle 230 alkohoolse joogi, oli 6-aastase jälgimisperioodi vältel rinnavähki haigestumise šanss 1,35 korda suurem, kui naistel, kes tarbisid aastas alla 60 alkohoolse joogi (32). 2014. aastal koostatud meta-analüüsis leiti alkoholi kasutamisel doosist sõltuv seos maksavähi esinemisega. Võrreldes karsklastega oli inimestel, kes tarbisid alkoholi 12 grammi päevas, 1,08 korda suurem risk maksavähki haigestuda. Neil, kes tarbisid alkoholi keskmiselt 50 grammi päevas, oli vastav näitaja 1,54 ja neil, kes 100 grammi, 3,21 (33). 2013. aastal koostatud meta-analüüsis leiti, et ka väheses koguses alkoholi tarbimine suurendab erinevatesse vähkhaigustesse haigestumise riski. Võrreldes karsklastega oli inimestel, kes tarbisid päevas keskmiselt kuni 12,5 grammi puhtast alkoholi, risk haigestuda neeluvähki 1,17-kordne, ülemise seedetrakti vähki 1,3-kordne ja naistel rinnavähki 1,05-kordne. 2004. aastal suri hinnanguliselt 5000 inimest neeluvähki, mille põhjustas just lahja

alkoholi tarbimine, ülemise seedetrakti- ja rinnavähi osas olid arvud vastavalt 24000 ja 5000 (34).

2.3.3 Suitsetamine

Suitsetamine mõjutab inimeste tervist negatiivselt kogu eluea vältel ja see on mitmete mittenakkushaiguste tekkepõhjuseks. 2011. aastal oli põhjustas suitsetamine Euroopas kõikidest surmadest 16%. 2014. aastal seadis WHO eesmärgiks 2025. aastaks vähendada suitsetamist globaalselt 30% võrra (35). Kõige otsesemalt põhjustab suitsetamine kroonilist obstruktiivset kopsuhaigust (KOKi) – kõikidest juhtudest 90% on tingitud suitsetamisest (36). Taanis viidi läbi 25-aastase jälgimisperioodiga uuring, kus võrreldi suitsetajate ja mitesuitsetajate haigestumust KOKi. Leiti, et 96%-l meestel, kes kunagi polnud suitsetanud, oli jälgimisperioodi lõpus normaalne kopsufunktsioon säilinud. Meeste puhul, kes jätkuvalt suitsetasid, oli normaalne kopsufunktsioon säilinud aga 59%-l. Naiste seas olid vastavad näitajad 91 ja 69%. Sugude vahel šanss haigestuda KOKi ei erinenud, suitsetajatel oli see 6,3 korda suurem kui mitesuitsetajatel. Haigestumismäär vähenes oluliselt varajase suitsetamisest loobumise tulemusena (37).

Suitsetamine on ka kardiovaskulaarsete haiguste riskiteguriks. Uuringus, mis käsitles alla 45-aastaseid inimesi, leiti, et suitsetamine suurendas oluliselt müokardi infarkti riski. Äge müokardi infarkt esines 1–15 sigaretti päevas suitsetavatel inimestel 2,15 korda tõenäolisemalt kui mitesuitsetajatel. 16–25 sigaretti korral oli vastav näitaja 3,11 ja rohkem kui 25 sigaretti korral 8,35. Endiste suitsetajate haigestumiskord ei erinenud mitesuitsetajate omast (38). Jaapanis läbi viidud kohortuuringus leiti 10–12-aastase jälgimisperioodi vältel, et 40–59-aastaste meessoost suitsetajate risk haigestuda südame isheemiatõppe oli võrreldes mitesuitsetajatega 2,85-kordne. Naistel oli sama näitaja 3,07 (39).

Vähivormidest on suitsetamisel kõige tihedam seos kopsuvähiga – hinnanguliselt 87% juhtudest on põhjustatud suitsetamisest. Kõikidest vähisurmadest on suitsetamisest tingitud üle 30% (40). Jaapanis läbi viidud retrospektiivne kohortuuring võrdles kopsuvähki haigestumist suitsetajate ja mitesuitsetajate vahel. Keskmiselt 4,3-aastase jälgimisperioodi vältel oli üle 40-aastastel suitsetavatel meestel 4,9 korda kõrgem šanss kopsuvähki haigestuda kui mitesuitsetavatel meestel. Suitsetamisest loobunute puhul vähenes oht kopsuvähki haigestuda iga aastaga ja jõudis 10–19 aasta jooksul peale lõpetamist samale tasemele mitesuitsetajatega (41). 2007. aastal koostatud meta-analüüs tõendas suitsetamise kahjulikkust lisaks kopsuvähile ka teiste vähkhaiguste puhul. Peale kopsuvähi oli see suurimal määral kõri-, neelu-, ülemise seedetrakti- ja suuvähi põhjustajaks. Risk haigestuda võrreldes mitesuitsetajatega oli suitsetajatel vastavalt 6,98-, 6,76-, 3,57- ja 3,43-kordne (42).

2.3.4 Toitumine

Ebatervislikke toitumisharjumusi seostatakse mitmete krooniliste tervisehädadega (4). Näiteks on tõendatud, et süües piisavalt puu- ja köögivilju, on risk haigestuda II tüüpi diabeeti väiksem. 2014. aastal koostatud meta-analüüsis leiti, et 1 lisaportsjon puuvilju päevas vähendab II tüüpi diabeeti haigestumise riski 7% võrra ja 1 lisaportsjon köögivilju 10% võrra (43). 2017. aastal koostatud meta-analüüsis leiti oluline seos südame-veresoonkonna haigustesse haigestumisega. Lisades oma menüüsse päevas 200 grammi puuvilju, vähenes südame isheemiatõppe haigestumise risk 10% võrra ja insuldi esinemine 18% võrra. Köögiviljade puhul olid näitajad vastavalt 16% ja 13% (44).

II tüüpi diabeedi ja kardiovaskulaarsete haiguste riski suurendab ka magustatud karastusjookide tarbimine. Kehamassiindeksile kohandatud tulemused näitasid 2015. aastal läbi viidud meta-analüüsis suurel hulgal magustatud karastusjookide tarbijate seas üldpopulatsiooniga võrreldes 1,26 korda suuremat II tüüpi diabeeti haigestumise riski (45). 2012. aastal koostatud meta-analüüsis leiti seos magustatud karastusjookide tarbimise ja kõrgvererõhktove esinemise vahel. Inimeste seas, kes tarbisid vähemalt ühe suhkruga magustatud karastusjoogi päevas oli risk hüpertensiooni esinemiseks võrreldes mittetarbijatega 1,13 korda suurem. Karboniseeritud jookidel leiti hüpertensiooniga tugevam seos kui karboniseerimata jookidel (46).

Mitmete uuringute kohaselt on ka liigne soola tarbimine inimese tervist kahjustav ja soodustab mittenakkushaiguste teket. 2009. aastal koostatud metaanalüüsis leiti, et suurem soola tarbimine viitab 23% võrra suuremale insuldi riskile (47). Samuti on liigne soola tarbimine riskifaktoriks maovähi tekkele. Uuringus hinnati maovähi patsientide soola tarbimise harjumusi ühe aasta vältel enne sümptomite tekkimist. Jaotades isikud soola tarbimise järgi kolme rühma, oli kõige rohkem naatriumi tarbivatel isikutel maovähki haigestumise tõenäosus võrreldes kõige vähem tarbivatega ligikaudu kahekordne (48).

2.3.5 Madal kehaline aktiivsus

Piisav kehaline aktiivsus on läbi terve elu hea tervise aluseks ja on täheldatud, et liikumine vähendab haigestumist südame-veresoonkonna haigustesse, diabeeti ja vähki. WHO soovitab kõigil täiskasvanutel nädalas vähemalt 150 minutit keskmise intensiivsusega aeroobset liikumist sooritada (49). 2015. aastal läbi viidud uuringus selgus, et hinnanguliselt on 28% Euroopa liidu 18–64-aastastest inimestest ebapiisava kehalise aktiivsusega (50). On leitud, et see põhjustab globaalselt ligikaudu 9% surmadest. Kirjeldatud on, et kui ebapiisavat kehalist aktiivsust vähendada 10% või 25% võrra, siis väheneks ülemaailmne surmade arv vastavalt 533

tuhande või 1,3 miljoni võrra ja kui kõik oleksid kehaliselt piisavalt aktiivsed, tõuseks maailma elanikkonna keskmine eluiga 0,68 aasta võrra (51).

Uuringutes on leitud, et inimestel, kes on regulaarselt kehaliselt aktiivsed, on oht II tüüpi diabeeti haigestumiseks 31% väiksem kui neil, kes on istuva eluviisiga (52). 2011. aastal koostatud meta-analüüsis leiti, et inimesed, kes olid nädalas vähemalt 150 minutit kehaliselt aktiivsed, haigestusid südame isheemiatõppe 14% väiksema tõenäosusega kui need, kes vabal ajal kehaliselt aktiivsed ei olnud (53). 2009. aastal koostatud meta-analüüsis selgus, et piisav kehaline aktiivsus vähendab käärsoolevähki haigestumist 24% võrra (54). 2012. aastal koostatud meta-analüüs tõendas seost ka rinnavähi ja kehalise aktiivsuse vahel. Kehamassiindeksile kohandatud risk haigestuda rinnavähki oli ebapiisava kehalise aktiivsusega naistel 1,33 korda suurem kui aktiivsetel (51).

2.4 Riskikäitumine ravikindlustuseta isikute seas

2015. aasta USA Terviseuuringus selgus, et kindlustamata isikute seas on oluliselt suurem suitsetamise levimus kui kindlustatute seas. Levimus kindlustamata meeste hulgas oli 29,5% ja naiste hulgas 24,8%. Erakindlustusega inimeste seas oli suitsetamise levimus meeste ja naiste seas vastavalt 12,2% ja 10,2%, kuid üldpopulatsioonis oli levimus 15,1% (55). Brasiilias naiste hulgas läbi viidud uuring tõi tulemuseks, et kindlustamata naiste seas on suitsetamise levimus võrreldes kindlustatutega 1,4 korda kõrgem (56). USA-s naistel läbi viidud uuringus saadi sarnane tulemus: kindlustatute seas oli suitsetamise levimus 33% võrra madalam kui kindlustamata naiste seas (57).

Seoseid tervisekindlustuse olemasolu ja alkoholi tarvitamisega on samuti uuritud. USA-s vaadeldi ühes haiglas 10 aasta jooksul hospitaliseeritud patsiente. Leiti, et kindlustamata isikute seas oli alkoholist põhjustatud vaimsete häirete levimus võrreldes erakindlustust omavate isikutega 2,67-kordne ja alkoholisõltuvuse levimus 2,21-kordne (58). USA naiste hulgas tehtud uuringus leiti, et kindlustamata naiste seas oli alkoholi tarbimise levimus 23% võrra suurem kui kindlustatute seas (57).

Toitumisharjumuste osas kindlustamata ja kindlustatud isikute vahel USA-s (59) ja Brasiilias läbi viidud uuringutes olulisi erinevusi ei leitud (56).

Küll aga on ravikindlustuseta ja -kindlustusega isikute seas täheldatud erinevusi kehalises aktiivsuses. Eelmainitud USA uuringus, kus toitumisharjumuse osas erinevusi ei leitud, jaotati vaatlusalused kehalise aktiivsuse järgi kolme rühma. Rühmas, kus olid kehaliselt kõige aktiivsemad inimesed, oli kindlustuseta isikute osakaal 22,1%. Sellele järgnevas, keskmises rühmas, oli kindlustamata isikute osakaal 19,5%, aga kõige vähem aktiivsete inimeste rühmas, kus kehaline aktiivsus praktiliselt puudus, lausa 30,2% (59). Teistel andmetel põhinevas USA

uuringus leiti sarnane seos: kindlustamata isikute seas oli kehaliselt aktiivsete osakaal 38,8% ja erakindlustusega isikute seas 50,1% (60). Samuti leiti seos Brasiilia naisi käsitlevas uuringus: kindlustamata naiste seas oli ebapiisava kehalise aktiivsusega isikuid ligikaudu 10% enam kui kindlustatud naiste seas (56).

2.5 Tervishoiuteenuste kasutamise mõju tervisele

Mitmed uuringud ja inimeste tervisega seotud meditsiinilised sekkumised aitavad kas erinevaid haigusi ära hoida või avastada neid varasemas staadiumis, vähendades haigustesse suremust ja pikendades seeläbi inimeste eluiga.

Uuringus, mis käsitles Rootsi naiste suremust rinnavähki, võrreldi naisi, kes olid kutsutud mammograafia sõeluuringule, naistega, keda ei kutsutud. Uuringus leiti, et sõeluuringus osalemine vähendab vähi edenemist kolmandasse staadiumisse ja on abiks väiksema suurusega kolmanda staadiumi vähkkasvaja avastamisel. Kahe rühma vahe kolmanda staadiumi rinnavähki suremuses oli 35%. Rohkem kui 77000 naise kohta, keda kutsuti sõeluuringule, tähendas see võrreldes uuringusse mitte kutsutud rühmaga 95 haigusspetsiifilise surma vältimist. Esimese ja teise staadiumi vähi peale kokku oli sama näitaja 48 (61). USA-s läbi viidud uuringus, milles vaadeldi rinnavähi patsientide elulemust, leiti, et mammograafia vähendab haigusspetsiifilise suremuse riski 57% võrra (62).

USA-s läbi viidud uuringus, kus uuriti nii rinna-, soole-, kui ka emakakaelavähi sõeluuringute tulemuslikkust, saadi samuti positiivseid tulemusi. Naiste seas, kel oli vähemalt ühel korral tehtud PAP-test, oli 8% võrra suurem võimalus, et emakakaelavähk avastatakse varajases staadiumis (63). Inglismaal läbi viidud juht-kontroll uuringus uuriti regulaarse sõeluuringu mõju emakakaelavähile. Võrreldes 35–64-aastaste naistega, kes sõeluuringutel ei osalenud või tegid seda minimaalselt, oli regulaarselt emakakaelavähi sõeluuringutel käinud naistel oht surra emakakaelavähki vaid 0,08-kordne. Hinnanguliselt hoiavad Inglismaal sõeluuringud kõikides vanuserühmades kokku ära 70% emakakaelavähi surmajuhtudest. Kui kõik naised regulaarselt sõeluuringutel osaleks, oleks vastav näitaja aga 83% (64).

Mitmetel inimestel on enesele teadmata kõrgenenud vererõhk. Pikaajalise kõrgenenud vererõhu tõttu saavad kannatada veresooned ja seeläbi kasvab mitmete kardiovaskulaarhaiguste risk. Sellest tulenevalt on äärmiselt oluline regulaarselt vererõhku kontrollida, et kõrgenemise korral see kiirelt kontrolli alla saada. Näiteks Saksamaal katab tervisekindlustus tervisekontrolli iga kahe aasta tagant, seal sisaldub ka vererõhu mõõtmine (65). USA-s läbi viidud uuringus leiti, et ravimata ja alaravitud hüpertoonikute risk surra kardiovaskulaarhaigusesse oli normaalse vererõhuga inimestest 2,23 korda kõrgem. Suremuse risk normaalse vererõhu ja kontrolli all oleva hüpertensiooniga inimeste seas statistiliselt ei erinenud (66).

Globaalselt on täiskasvanute seas kõigist diabeedihaigetest diagnoosimata üle 45% ehk ligi 175 miljonit isikut. Suurima osakaalu – 83,8% – kõikidest diagnoosimata juhtudest moodustavad madala- ja keskmise sissetulekuga riigid (67). Näiteks Kanadas on diabeedihaigetest diagnoosimata hinnanguliselt 20–50% ning 20–30%-l neist on juba tekkinud ka tüsistused. Glükoositaseme regulaarne kontrollimine aitab leida diabeedieelse seisundiga isikuid ning loob võimalused õigeaegseks ja tulemuslikuks ennetuseks (68). USA-s läbi viidud uuringu põhjal haigestusid 4 aasta jooksul diabeeti 37% inimestest, kel varasemalt oli leitud eeldiabeet, aga sekkumist ei tehtud. Kui toimus sekkumine, arenes diabeet välja 20% juhtudest (69). USA-s läbi viidud uuringus leiti simulatsiooni abil, et diabeedi diagnoosi ja adekvaatse ravi hilinemine toob kaasa märkimisväärse kardiovaskulaarhaigustesse suremuse kasvu. Võrreldes 3- ja 6-aastase ravi hilinemisega, vähendas regulaarne uuringutel käimine suhtelist riski vastavalt 29%- ja 38% võrra (70).

Lipiidide ainevahetuse häired on üheks peamiseks südame isheemiatõve riskiteguriks. Sageli jäävad need regulaarse kontrolli puudumise tõttu diagnoosimata. Näiteks leiti Iraanis läbi viidud uuringus varasemalt diagnoosimata düslipideemia 16,2%-l uuritavatest (71). Saksamaal läbi viidud uuringus leiti, et see esines ligikaudu 65%-l 18–79-aastastel inimestel ja oli varasemalt diagnoosimata rohkem kui pooltel (72). Kanadas 2007. aastal läbi viidud uuringus oli düslipideemiaga isikute seas ravisaajate osakaal vaid 37% (73). Lipiidide ainevahetuse häirete ravi on toonud positiivseid tulemusi kardiovaskulaarsete haiguste esinemise vähendamises. Madala tihedusega kolesterooli sisalduse vähenemine veres 1% võrra toob kaasa ligikaudu 1% võrra madalama kardiovaskulaarse haiguse riski. Sama seos on ka veres kõrge tihedusega kolesterooli sisalduse suurendamisega (74).

2.6 Tervishoiuteenuste kasutamine ravikindlustuseta isikute seas

Ravikindlustuseta ja -kindlustusega inimeste vahel on tervishoiuteenuste kasutamises oluline erinevus. USA-s läbi viidud uuringus leiti, et kindlustamata isikutel oli väiksem võimalus osaleda vähi sõeluuringutes kui neil, kel oli erakindlustus. Seetõttu avastati erakindlustuseta isikutel sagedamini kaugelearenenud vähivorme. Analüüsis, kuhu kaasati üle 3,7 miljoni patsiendi, leiti, et kindlustamata isikutel on võrreldes erakindlustusega kaetud isikutega diagnoosimise hetkel 3. või 4. staadiumi soolevähi esinemissagedus 2 korda suurem. Melanoomi puhul oli sama näitaja 2,3 (75). 2015. aastal osales USA-s soolevähi sõeluuringus 61,3% 50–64-aastasest elanikkonnast. Kindlustamata isikute seas oli samas vanuserühmas osalemissagedus vaid 24,8% (76). USA uuringu kohaselt on naised, kel pole kunagi olnud ravikindlustust, 41% väiksema tõenäosusega osalenud rinnavähi sõeluuringus (77). Mehhikos uuriti erinevates sõeluuringutes osalemist kindlustamata isikute- ja riiklikult kindlustatud

madala sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste seas. Emakakaelavähi sõeluuringus osales 2012. aastal uuringus osalenud kindlustamata naistest 36%, kuid riiklikult kindlustatutest 46% (78).

Kindlustuse olemasolu seostatakse halvemate kardiovaskulaarhaiguste ravitulemustega. USA-s viidi läbi uuring, milles võrreldi kindlustatud ja kindlustamata isikute suremust erinevatesse kardiovaskulaarsetesse haigustesse. Tulemusi kohandati rassile, haiguse raskusastmele, isiku elukohale ja leibkonna sissetulekule. Kindlustamata isikutel oli suurem südameinfarkti kindlustatutega võrreldes 1,31 korda- ja südame isheemiatõppe 1,5 korda kõrgem (79). Samuti USA-s läbi viidud uuringus leiti kõrgeenenud südame-veresoonkonna haiguste riskiga inimeste seas kindlustamata ja kindlustatud isikute vahel erinevusi tervishoiuteenuste kasutamises. Kindlustatud isikud külastasid aasta jooksul arsti vähemalt kahel korral 3,47 korda- ja osalesid kolesterooli mõõtvast sõeluuringus 5,11 korda suurema tõenäosusega kui kindlustamata isikud (80). Uuringus, kus võrreldi kindlustamata ja Medicaid kindlustusega isikute teadlikkust, selgus, et viimaste seas on teadlikkus hüpertensioonist oluliselt kõrgem. Samas uuringus leiti, et Medicaid kindlustusega isikud külastavad arsti vähemalt korra aastas 5 korda tõenäolisemalt kui kindlustuseta inimesed ja on 1,3 korda suurema tõenäosusega teadlikud enda ülekaalulisusest (81). Mehhiko uuringus, kus võrreldi kindlustamata ja kehvast majandusliku olukorra tõttu ravikindlustuse saanud isikuid, leiti seos hüpertensiooni sõeluuringus osalemisega. Kindlustamata isikute hulgas oli osalemismäär 24% ja riiklikult kindlustatute hulgas 38% (78). USA-s läbi viidud uuringus leiti, et hüpertensiooni diagnoosi saanud kindlustuseta meestest sai ravi vaid 16%, kuid kindlustatute hulgas oli vastav näitaja 59% (82).

Juba eelmainitud Mehhiko uuringus leiti, et diabeedi skriiningus osalemise määr oli kindlustamata isikute seas madalam (22%) kui riiklikult kindlustatute hulgas (34%) (78). Ka USA-s läbi viidud uuringus leiti, et kindlustamata isikud osalevad väiksema tõenäosusega diabeedi sõeluuringus kui kindlustatud. Üle 45-aastastel kindlustatud isikutel oli 1,6 korda suurem šans osaleda sõeluuringus kui kindlustamata üle 45-aastastel isikutel. Alla 45-aastastel kõrge diabeediriskiga isikute seas oli vastav näitaja 1,59 (83). On leitud, et USA ravikindlustuseta täiskasvanute seas on kõrgem kontrollimata diabeedi levimus kui kindlustatute seas. Kui paastuveresuhkru tasemega alla 100 mg/dl inimeste seas oli kindlustamata isikute osakaal vastavalt 22,2%, siis rühmas, kus paastuveresuhkru tase oli vähemalt 126 mg/dl, oli kindlustamata isikute osakaal 30,4% (59). USA-s uuriti ka kindlustuse olemasolu ja diabeedist teadlikkuse seost. Kindlustamata isikud said uuringu põhjal 13% võrra väiksema tõenäosusega diabeediga iseseisvalt toimetuleku alast väljaõpet (84). USA uuringus, kus vaatlusalusteks olid isikud, kes enda sõnul põdesid diabeeti, võrreldi tervisenäitajaid kindlustatud ja kindlustamata inimeste vahel ning leiti, et diabeedi kontroll oli kindlustamata

isikute seas oluliselt halvem – kindlustamata isikute tõenäosus kõrgeks glükohemoglobiini, mis viitab otseselt glükoosi sisaldusele veres, näitajaks oli 2,4 korda kõrgem kui kindlustatutel, samuti esines kindlustamata isikutel 9% võrra suurema tõenäosusega kõrge vererõhk. Uuringus leiti veel, et nii glükohemoglobiini kui vererõhu näitajad olid madalamad nende seas kes aasta jooksul vähemalt 4 korda arstivisiidil käisid (85).

Kindlustuse olemasolu on seotud ka kopsu- ja hingamisteede haigustega. USA-s uuriti KOK-i haigestunute hulgas suitsetamisest loobumise soovitude saamise erinevusi rahvastikurühmade vahel. Kõigist vaatlusalustest, kes olid endiselt suitsetajad ja said arstilt soovitusi suitsetamisest loobumiseks, oli kindlustuseta isikuid 10%. Nende seas aga, kes soovitusi ei saanud, oli kindlustuseta isikute osakaal 20,7%. Kõigi KOK-i diagnoosi saanud kindlustamata isikute seas oli suitsetajate osakaal 54,5%, erakindlustusega kaetud isikute seas aga vaid 35,6% (86). Erinevused kindlustatute ja kindlustamata isikute seas ilmneseid ka kopsufibroosi ravis, mille raskekujulise vormi puhul on ainsaks efektiivseks ravimeetodiks kopsusiirdamine. USA-s läbi viidud uuringus leiti, et kindlustamata patsientidel on 78% võrra väiksem võimalus kopsusiirdamisele kui kindlustatud patsientidel (87). Teises USA-s läbi viidud uuringus leiti, et kopsufibroosi diagnoosiga kindlustuseta patsientide seas on soovitusliku rutiini järgimine madalam kui kindlustatud patsientide seas. Tõenäosus, et kindlustuseta patsient soovituslikku rutiini järgib, oli 63% võrra madalam kui kindlustatud isiku puhul (88).

3. Eesmärgid

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli kirjeldada ravikindlustuseta isikuid ning erinevusi tervisekäitumises, mittenakkushaiguste levimuses ja tervishoiuteenuste kasutamises ravikindlustamata ja -kindlustatud isikute vahel.

Alaesmärgid:

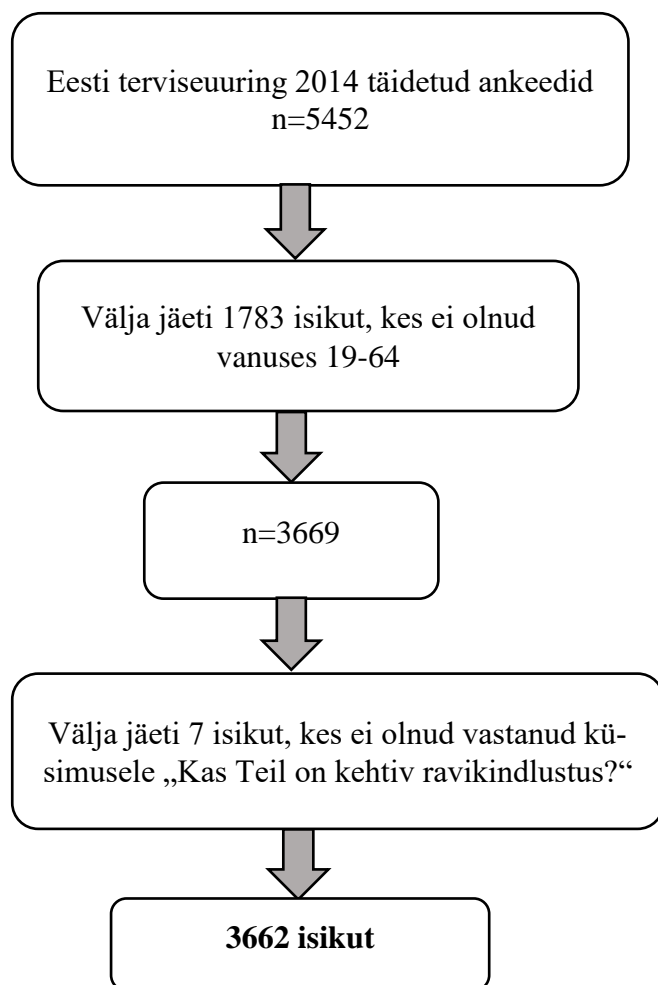
- Analüüsida seoseid ravikindlustuse olemasolu ja tervisekäitumise vahel
- Analüüsida seoseid ravikindlustuse olemasolu ja mittenakkushaiguste levimuse vahel
- Analüüsida seoseid ravikindlustuse olemasolu ja tervishoiuteenuste kasutamise vahel

4. Materjal ja metoodika

4.1 Andmestik ja valimi moodustamine

Magistritöö põhineb mahukal üleriigilisel Eesti rahvast käsitleval uuringul Eesti terviseuuring 2014. See oli kolmas taoline küsitlusuuring viimase 20 aasta jooksul, varasemad terviseuuringud viidi läbi aastatel 1996 ja 2006. Eesti terviseuuring on üks osa Euroopa Liidu terviseuuringust ning sellel on kaks suurt eesmärki: uurida Eesti rahvastiku terviseseisundit, seda mõjutavaid tegureid ja tervishoiuteenuste kasutamist ning saada võrreldavaid tervisenäitajaid teiste Euroopa Liidu liikmesriikidega. Uuringu läbiviimiseks prooviti kontakti saada ca 8500 inimesega, kellest küsimustiku lõpuks täitis 5452, seega vastamismäär oli ca 64%. Osalejad leiti juhuvaliku teel rahvastikuregistrist, küsimustele vastata sai nii eesti kui vene keeles. Uuringu küsitlusperiood kestis 2014. aasta aprillist kuni detsembrini. Selline periood valiti, et vähendada hooajalist mõju küsitlustulemustele. Küsimustikku oli võimalik täita kas Statistikaameti küsitluskeskkonnas eSTAT või tuli küsitleja koju. Vastanutest 2314 (42%) olid mehed ja 3138 (58%) naised, kõige vanem küsimustiku täitja oli 100-aastane ning noorim 15-aastane. (89)

Antud magistritöö kajastab erinevusi ravikindlustatud ja -kindlustamata isikute tervisekäitumises, mittenakkushaiguste levimuses ja tervishoiuteenuste kasutamises. Andmeanalüüsist jäeti välja alla 19-aastased ja üle 62-aastased isikud, sest kuni 19-aastastel isikud ja pensionärid on ravikindlustuse seaduse alusel kindlustatuga võrdsustatud. Lisaks jäid välja isikud, kes ei olnud vastanud küsimusele „Kas Teil on kehtiv ravikindlustus?“. Lõppvalimisse, mille moodustamist kirjeldab joonis 1, jäi 3662 inimest.



Joonis 1. Eesti terviseuuring 2014 andmete põhjal tööks vajaliku valimi moodustamine

4.2 Töös kasutatavad tunnused

Ravikindlustus. Magistritöö põhitunnuseks, millega kõiki teisi tunnuseid seostatakse, on ravikindlustuse olemasolu. Tegemist on kaheväärtuselise tunnusega. Küsimusele „Kas teil on kehtiv ravikindlustus“ sai vastata „jah“ või „ei“.

4.2.1 Sotsiaalmajanduslikud ja demograafilised tunnused

Sotsiaalmajanduslike ja demograafiliste tunnustena kasutati sugu, vanust, rahvust, netosissetulekut, haridust ja elukohta.

Sugu. Sooks sai märkida mehe või naise. Andmeanalüüsis kasutati kaheväärtuselist tunnust.

Vanus. Vastusena pidi andma sünniaja. Seejärel moodustati tunnus, kus sisaldasid kõik isikute vanused aasta täpsusega. Andmeanalüüsi jaoks tehti neli vanuserühma: 19–29, 30–39, 40–49 ja 50–62.

Rahvus. Rahvusena sai vastata kas eestlane, venelane või muu. Andmeanalüüsi jaoks tehti tunnus kaheväärtuseliseks: eestlased ja muust rahvusest inimesed.

Netosissetulek. Netosissetulekuks sai märkida ükskõik millise summa. Andmeanalüüsi jaoks tehti kolm rühma: netosissetulek alla 500 euro, 500–1000 eurot ja >1000 euro.

Haridus. Küsimusele „Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?“ sai vastata kas alg-, põhi-, kesk-, või kõrgharidus. Andmeanalüüsi jaoks moodustati kolm rühma: alg- ja põhiharidus, keskharidus, kõrgharidus.

Elukoht. Isiku elukoha määratlemiseks küsiti uuringus osalejatelt küsimus „Kus elate praegu?“. Seejärel jaotati elukohad asula tüüpide järgi rühmadeks: linn, vallasisene linn, linnaosa, küla, alev, alevik. Andmeanalüüsi jaoks loodi kaheväärtuseline tunnus: linn, mille alla kuulusid linn, vallasisene linn ja linnaosa ning maakoht, mille alla kuulusid küla, alev ja alevik.

4.2.2 Mittenakkushaiguste levimus ja tervise enesehinnang

Mittenakkushaiguste levimust kirjeldavate tunnustena kasutati südame isheemiatõve, krooniliste kopsuhaiguste, vähi, diabeedi ja kõrgvererõhktõve esinemist. Tervise enesehinnangut kirjeldas samanimeline tunnus.

Südame isheemiatõbi. Küsimustikus pidi märkima, kas isikul on kunagi eelnimetatud haigus esinenud.

Krooniline kopsuhaigus. Küsimustikus pidi märkima, kas isikul on kunagi esinenud krooniline bronhiit/krooniline obstruktiivne kopsuhaigus/kopsu laienemine/emfüseem.

Vähk. Küsimustikus pidi märkima, kas isikul on kunagi eelnimetatud haigus esinenud.

Diabeet. Küsimustikus pidi märkima, kas isikul on kunagi esinenud I või II tüüpi diabeet.

Kõrgvererõhktõbi. Küsimustikus pidi märkima, kas isikul on kunagi hüpertooniatõbi esinenud.

Tervise enesehinnang. Küsimustikus sai enesehinnangut tervisele määratleda viie erineva vastusevariandiga: väga halb, halb, keskmine, hea, väga hea. Andmeanalüüsiks jaotati tunnus kolmeväärtuseliseks: väga halb/halb, keskmine, hea/väga hea.

4.2.3 Tervisekäitumine

Tervisekäitumist kirjeldavate tunnustena kasutati suitsetamist, alkoholi tarbimist, jalutamist ja treeningut, puu- ja köögiviljade ning soola tarbimist ja käsimüügiravimite ning vitamiinide tarbimist.

Suitsetamine. Küsimusele „Kas Te suitsetate?“ oli võimalik vastata nelja erinevat moodi: „jah, iga päev“, „jah, vahetevahel“, „olen varem regulaarselt suitsetanud“ ja „ei ole kunagi suitsetanud“. Andmeanalüüsi jaoks loodi kaheväärtuseline tunnus: ühes olid isikud kes suitsetavad regulaarselt või vahetevahel ning teises isikud kes suitsetasid varem regulaarselt või ei ole kunagi suitsetanud.

Alkohol. Küsimusele „Kui tihti Te viimase 12 kuu jooksul olete alkohoolseid jooke tarbinud?“ sai vastata järgmiste vastusevariantidega: „iga päev või peaaegu iga päev“, „5 kuni 6 päeval nädalas“, „3 kuni 4 päeval nädalas“, „1 kuni 2 päeval nädalas“, „2 kuni 3 päeval kuus“, „1 kord kuus“, „harvemini kui 1 kord kuus“, „viimasel 12 kuul ei ole tarvitanud, sest ma olen alkoholi tarbimisest loobunud“ ja „ei ole kunagi alkoholi tarvitanud või olen võtnud kogu oma elu jooksul mõne sõõmu“. Andmeanalüüsiks tehti tunnus neljaväärtuseliseks: isikud kes ei ole kunagi tarbinud või on sellest loobunud, kes tarbivad vähem kui 1 kord kuus kuni 2–3 päeval kuus, kes tarbivad 1–4 päeval nädalas, ja need kes tarbivad alkoholi vähemalt 5 päeval nädalas.

Jalutamine. Küsimustikus oli vaja vastata, mõeldes tavalisele nädalale, mitmel päeval isik vähemalt 10 minutit järjest ühest kohast teise kõnnib. Andmeanalüüsi jaoks jagati tunnus neljaväärtuseliseks: isikud, kes jalutavad vähemalt 10 minutit järjest vähemalt 6 päeval nädalas, kes teevad seda keskmiselt 4–5 päeval, kes teevad seda 1–3 päeval ja need, kes ei tee seda tavalisel nädalal mitte ühelgi päeval.

Treening. Küsimustiku täitmisel oli vaja vastata küsimusele „Mõeldes tavalisele nädalale, kui mitmel päeval nädalas Te tegelete tervisespordi, treeningu või aktiivse vaba aja veetmisega vähemalt 10 minutit järjest?“ Andmeanalüüsi jaoks jaotati tunnus kaheväärtuseliseks: isikud, kes vähemalt ühel päeval nädalas vähemalt 10 minutit järjest tervisespordi, treeningu või aktiivse vaba aja veetmisega tegelevad ja need, kes seda ei tee.

Puuviljad. Küsimusele „Kui sageli Te sööte puuvilju või marju“ sai vastata järgmiselt: „üks või rohkem kordi päevas“, „4–6 korda nädalas“, „1–3 korda nädalas“, „alla 1 korra nädalas“, „mitte kunagi“. Andmeanalüüsiks loodi kolmeväärtuseline tunnus: isikud, kes söövad puuvilju või marju iga päev, isikud, kes söövad neid 4–6 korral nädalas ja isikud, kes söövad puuvilju või marju maksimaalselt 3 korral nädalas.

Köögiviljad. Küsimusele „Kui sageli Te sööte köögivilja ja salatit (v.a mahl ja kartul)?“ sai vastata järgmiselt: „üks või rohkem kordi päevas“, „4–6 korda nädalas“, „1–3 korda nädalas“, „alla 1 korra nädalas“, „mitte kunagi“. Andmeanalüüsiks loodi kolmeväärtuseline tunnus: isikud, kes söövad köögivilju iga päev, isikud, kes söövad neid 4–6 korral nädalas ja isikud, kes söövad köögivilju maksimaalselt 3 korral nädalas.

Sool. Küsimusele „Kas Te lisate söögilauas valmistoidule soola“ sai vastata „peaaegu mitte kunagi“, „harilikult siis, kui toit pole piisavalt soolane“ või „üsna sageli juba enne maitsmist“. Andmeanalüüsis kasutati kolmeväärtuselist tunnust.

Käsimüügiravimid/vitamiinid. Küsimusele „Millal kasutasite viimati käsimüügiravimeid, taimseid ravimeid või vitamiine“ oli võimalik vastata kas „viimase 2 nädala jooksul“, „viimase 4 nädala jooksul“, „viimase 6 kuu jooksul“, „viimase 12 kuu jooksul“ või „rohkem kui 12 kuud tagasi“. Andmeanalüüsi jaoks jaotati tunnus kolmeväärtuseliseks: need, kes tarbisid viimase 4

nädala jooksul, kes tarbisid viimase aasta jooksul ja need, kes tarbisid käsimüügiravimeid, taimseid ravimeid või vitamiine rohkem kui aasta tagasi.

4.2.4 Tervishoiuteenuste kasutamine

Tervishoiuteenuste kasutamist kirjeldavate tunnustena kasutati vererõhu-, veresuhkru- ja kolesteroolitaseme mõõtmist, mammogrammi ja PAP-testi läbimist, pere- ja eriarsti visiiti, rahapuudust ja retseptiravimite tarbimist.

Vererõhk. Küsimustiku täitmisel oli vaja vastata küsimusele „Millal oli viimane kord kui Teie vererõhku mõõtis tervishoiutöötaja?“. Vastusevariantideks olid „mitte kunagi“, „5 ja rohkem aastat tagasi“, „3 kuni 4 aastat tagasi“, „1 kuni 2 aastat tagasi“ ja „viimase 12 kuu jooksul“. Andmeanalüüsi jaoks moodustati kolmeväärtuseline tunnus: isikud, kel vererõhku mõõtis tervishoiutöötaja vähem kui 12 kuud tagasi, isikud, kel mõõtis 1–4 aastat tagasi ja need, kelle vererõhku mõõtis tervishoiutöötaja rohkem kui 5 aastat tagasi või mitte kunagi.

Veresuhkur. Küsimustiku täitmisel oli vaja vastata küsimusele „Millal oli viimane kord kui Teie veresuhkrut mõõtis tervishoiutöötaja?“. Vastusevariantideks olid „mitte kunagi“, „5 ja rohkem aastat tagasi“, „3 kuni 4 aastat tagasi“, „1 kuni 2 aastat tagasi“ ja „viimase 12 kuu jooksul“. Andmeanalüüsi jaoks moodustati kolmeväärtuseline tunnus: isikud, kel veresuhkrut mõõtis tervishoiutöötaja vähem kui 12 kuud tagasi, isikud, kel mõõtis 1–4 aastat tagasi ja need, kelle veresuhkrut mõõtis tervishoiutöötaja rohkem kui 5 aastat tagasi või mitte kunagi.

Kolesteroolitase. Küsimustiku täitmisel oli vaja vastata küsimusele „Millal oli viimane kord kui Teie vere kolesteroolisisaldust mõõtis tervishoiutöötaja?“. Vastusevariantideks olid „mitte kunagi“, „5 ja rohkem aastat tagasi“, „3 kuni 4 aastat tagasi“, „1 kuni 2 aastat tagasi“ ja „viimase 12 kuu jooksul“. Andmeanalüüsi jaoks moodustati kolmeväärtuseline tunnus: isikud, kel kolesteroolitaset mõõtis tervishoiutöötaja vähem kui 12 kuud tagasi, isikud, kel mõõtis 1–4 aastat tagasi ja need, kelle kolesteroolitaset mõõtis tervishoiutöötaja rohkem kui 5 aastat tagasi või mitte kunagi.

Mammogramm. Küsimustikku täitnud naised vastasid küsimusele „Millal oli viimane kord, kui Teie tehti mammogramm (röntgenpilt ühest või mõlemast rinnast)?“, mille vastusevariantideks olid „viimase 12 kuu jooksul“, „1 aasta tagasi“, „2 aastat tagasi“, „3 ja rohkem aastat tagasi“ ning „mitte kunagi“. Andmeanalüüsi jaoks jaotati tunnus neljaväärtuseliseks: naised, kel tehti mammogramm viimase 12 kuu jooksul, kel tehti see 1–3 aastat tagasi, kel tehti see rohkem kui 3 aastat tagasi või mitte kunagi.

PAP-test. Küsimustikku täitnud naised vastasid küsimusele „Millal oli viimane kord, kui Teie tehti PAP-test (uuring emakakaelavähi avastamiseks ehk proovi võtmine vähirakkude leidmiseks)?“, mille vastusevariantideks olid „viimase 12 kuu jooksul“, „1 aasta tagasi“, „2

aastat tagasi“, „3 ja rohkem aastat tagasi“ ning „mitte kunagi“. Andmeanalüüsi jaoks jaotati tunnus neljaväärtuseliseks: naised, kel tehti PAP-test viimase 12 kuu jooksul, kel tehti see 1–3 aastat tagasi, kel tehti see rohkem kui 3 aastat tagasi või mitte kunagi.

Perearsti visiit. Isikud pidid küsimustikus vastama küsimusele „Kas Te olete viimase 12 kuu jooksul pöördunud perearsti poole oma tervise pärast?“. Seejuures tuli arvestada ka perearsti koduviisi ja telefoni või e-kirja teel tehtud nõustamisi. Võimalikud vastusevariandid olid „jah“, „ei“ ja „ei ole kunagi pöördunud“. Andmeanalüüsiks jaotati tunnus kaheväärtuseliseks: isikud, kes olid viimase 12 kuu jooksul perearsti juurde pöördunud ja isikud, kes ei olnud seda teinud kas viimase aasta jooksul või mitte kunagi.

Eriarsti visiit. Isikud pidid küsimustikku täites vastama küsimusele „Kas Te olete viimase 12 kuu jooksul enda tervise pärast pöördunud eriarsti poole?“. Arvestada tuli nii eriarsti vastuvõtul käimist kui ka eriarsti telefonikonsultatsioone. Võimalikud vastusevariandid olid „jah“, „ei“ ja „ei ole kunagi pöördunud“. Andmeanalüüsiks jaotati tunnus kaheväärtuseliseks: isikud, kes olid viimase 12 kuu jooksul eriarsti juurde pöördunud ja isikud, kes ei olnud seda teinud kas viimase aasta jooksul või mitte kunagi.

Rahapuudus. Küsimustikku täites oli vaja vastata küsimusele „Kas viimase 12 kuu jooksul on olnud olukorda, kui Te ei saanud enesele lubada tervishoiuteenuseid või ravi raha puudusel?“. Võimalikeks vastusevariantideks olid „jah“, „ei“ ning „ei olnud vajadust“. Andmeanalüüsis kasutati kolmeväärtuselist tunnust.

Retseptiravimite tarbimine. Isikud pidid küsimustikku täites vastama küsimusele „Millal kasutasite viimati retseptiravimit, mis oli arsti poolt Teile määratud?“, mille võimalikeks vastusevariantideks olid „viimase 2 nädala jooksul“, „viimase 4 nädala jooksul“, „viimase 6 kuu jooksul“, „viimase 12 kuu jooksul“, „rohkem kui 12 kuud tagasi“ ja „ei ole kunagi kasutanud“. Andmeanalüüsi jaoks jagati tunnus neljaväärtuseliseks: isikud, kes olid retseptiravimeid tarbinud viimase 4 nädala jooksul, kes olid seda teinud viimase aasta jooksul, kes rohkem kui aasta tagasi ja isikud, kes ei olnud kunagi retseptiravimeid tarbinud.

4.3 Andmeanalüüs

Andmete analüüsimisel kasutati Stata 14.2 programmi.

Ravikindlustusega kaetuse kirjeldamiseks demograafiliste ja sotsiaalmajanduslike tegurite lõikes kasutati protsente. Seejuures kasutati kalibreeritud kaale, mis taandas tulemused Eesti 19–62-aastasele üldpopulatsioonile. Kalibreerimisel kasutati järgmisi tunnuseid: sugu, 5-aastane vanusrühm, maakond, rahvus ja haridus (89).

Sotsiaalmajanduslike tegurite, mittenakkushaiguste levimuse, tervisekäitumise ja tervishoiuteenuste kasutamise kirjeldamiseks ravikindlustusega ja -kindlustuseta isikute seas kasutati sagedustabeleid ja protsente.

Seoste leidmiseks sotsiaalmajanduslike, mittenakkushaiguste levimust, tervise enesehinnangut, tervisekäitumist ja tervishoiuteenuste kasutamist kirjeldavate teguritega kasutati logistilist regressioonanalüüsi, kuhu kaasati kõik isikud, kes olid vastanud kõikidele mudelis sisalduvaid tunnuseid käsitlevatele küsimustele. Seejuures sisaldasid mudelid, kus uuriti ravikindlustuse olemasolu seost mammogrammi ja PAP-testi teostamisega ainult naisi. Sagedustabelites ja seoste leidmisel kasutati kaalumata andmeid. Tulemused esitati šansside suhte (OR) ja 95% usaldusvahemiku abil. OR väärtus 1 osutab iga tunnuse puhul võrdlusaluseks võetud rühmale. Usaldusnivoo on 5%. Paksus kirjas on esitatud statistiliselt olulised seosed. Ravikindlustuse olemasolu seost nii sotsiaalmajanduslike, mittenakkushaiguste levimust, tervise enesehinnangut, tervisekäitumist ja tervishoiuteenuste kasutamist kirjeldavate tunnustega analüüsivates mitmestes mudelites kohandati seosed sotsiaalmajanduslikele tunnustele.

5. Tulemused

5.1 Ravikindlustuseta isikud

Tabel 1 näitab ravikindlustuseta isikute osakaale erinevate sotsiaalmajanduslike ja demograafiliste tunnuste lõikes. Andmete analüüsimisel kasutati kalibreeritud kaale. Ravikindlustuseta on 7,7% 19–62-aastastest Eesti elanikest. Meeste seas on ravikindlustuseta isikute osakaal ligi 2 korda kõrgem kui naiste hulgas: ravikindlustamata on 9,8% meestest ja 5,7% naistest. Vanuserühmadest on kõige madalam ravikindlustusega kaetus 40–49-aastaste inimeste seas. Eestlaste hulgas on ravikindlustuseta isikute osakaal väiksem kui muust rahvusest inimeste seas, osakaalud vastavalt 7,1% ja 9,0%. Sissetulekute lõikes on kõige suurem ravikindlustamata isikute osakaal nende seas, kelle netosissetulek on alla 500 euro kuus (12,5%). Haridustasemete lõikes on suurim kindlustamata isikute osakaal alg- ja põhiharidusega inimeste seas – 11,6%. Maaelanike seas on ravikindlustamata isikute osakaal kõrgem kui linnas elavate inimeste hulgas, osakaalud vastavalt 8,9% ja 7,1%.

Tabel 1. Ravikindlustuseta isikute osakaal (95% CI) sotsiaalmajanduslike ja demograafiliste tunnuste lõikes 19–62-aastaste isikute seas, Eesti terviseuuring 2014 kalibreeritud kaaludega andmed

		Ravikindlustuseta isikute % (95% CI)	
19-62-a Eesti üldpopulatsioon		7,7	(6,8–8,7)
Sugu	Naine	5,7	(4,7–6,9)
	Mees	9,8	(8,4–11,4)
Vanus	19–29	7,9	(6,2–10,2)
	30–39	7,6	(5,8–9,8)
	40–49	8,8	(7,0–11,0)
	50–62	6,7	(5,3–8,4)
Rahvus	Eestlane	7,1	(6,2–8,2)
	Muu	9,0	(7,2–11,1)
Netosissetulek	<500€	12,5	(10,6–14,7)
	500–1000€	4,7	(3,6–6,0)
	>1000€	4,6	(3,0–7,0)
Haridus	Alg/põhiharidus	11,6	(8,8–15,2)
	Keskharidus	8,0	(6,8–9,3)
	Kõrgharidus	5,5	(4,2–7,1)
Elukoht	Linn	7,1	(6,0–8,3)
	Maakoht	8,9	(7,4–10,7)

5.2 Sotsiaalmajanduslikud ja demograafilised tegurid

Tabelis 2 on esitatud sotsiaalmajanduslike ja demograafiliste tegurite jaotus ravikindlustuse olemasolu alusel. Kindlustatute seast moodustasid rohkem kui poole naised (55,7%), kuid kindlustamata isikutest ligi kaks kolmandikku olid mehed (60,2%). Vanuserühma 50–62 kuuluvad inimesed moodustasid kindlustatud isikutest ligi kolmandiku (33,0), kuid kindlustamata isikud jaotusid nelja vanuserühma vahel suhteliselt võrdselt. Vastajatest pea kolmveerandi moodustasid eestlased. Kui kindlustatud isikutest kõige suurema osa moodustasid inimesed, kelle netosissetulek jäi 500 ja 1000 euro vahele (38,2%), siis kindlustamata isikute seas oli kõige rohkem väiksema kui 500-eurose netosissetulekuga isikuid (52,2%). Haridustaseme poolest oli vastanutest kõige rohkem keskharidusega isikuid (56,7%), järgnesid kõrgharidusega (30,7%) ja alg- või põhiharidusega inimesed (12,6%). Osakaalud kindlustatud ja kindlustamata isikute seas olid samas suurusjärgus. Vastajatest enamik elas linnas (61,3%), kusjuures kindlustamata isikute hulgas oli linnaelanikke vähem – 55,5%.

Tabel 2. Sotsiaalmajanduslike tegurite jaotus 19–62-aastaste ravikindlustusega ja ravikindlustuseta isikute seas, Eesti terviseuuring 2014

Tunnus	Kindlustatud n=3388	Kindlustamata n=274	Kokku n=3662
Sugu			
Naine	1886 (55,7)	109 (39,8)	1995 (54,5)
Mees	1502 (44,3)	165 (60,2)	1667 (45,5)
Vanus			
19–29	738 (21,8)	64 (23,4)	802 (21,9)
30–39	745 (22,0)	60 (21,9)	805 (22,0)
40–49	787 (23,2)	75 (27,4)	862 (23,5)
50–62	1118 (33,0)	75 (27,4)	1193 (32,6)
Rahvus			
Eestlane	2536 (74,9)	195 (71,2)	2731 (74,6)
Muu	851 (25,1)	79 (28,8)	930 (25,4)
Info puudub	1 (0)	0 (0)	1 (0)
Netosissetulek			
<500€	1079 (31,8)	143 (52,2)	1222 (33,4)
500–1000€	1295 (38,2)	66 (24,1)	1361 (37,2)
>1000€	449 (13,3)	23 (8,4)	472 (12,9)
Info puudub	565 (16,7)	42 (15,3)	607 (16,6)
Haridus			
Alg/põhiharidus	408 (12,0)	53 (19,3)	461 (12,6)
Keskharidus	1917 (56,6)	161 (58,8)	2078 (56,7)
Kõrgharidus	1063 (31,4)	60 (21,9)	1123 (30,7)
Elukoht			
Linn	2093 (61,8)	152 (55,5)	2245 (61,3)
Maakoht	1295 (38,2)	122 (44,5)	1417 (38,7)

Ravikindlustuse olemasolu seosed sotsiaalmajanduslike teguritega on toodud tabelis 3. Kohandamata mudelis leiti, et alg- ja põhiharidusega isikute ning keskharidusega isikute seas oli šanss olla ilma ravikindlustuseta vastavalt 2,3 (95% CI=1,56–3,39) ja 1,49 korda (95% CI=1,10–2,02) suurem kui kõrgharidusega inimeste hulgas. Leiti ka, et maapiirkonna elanikud omavad 1,3 korda (95% CI=1,01–1,66) suuremat šanssi olla ravikindlustuseta kui linnaelanikud ja et 40–49-aastaste isikute seas oli võrreldes 50–62-aastastega 1,42-kordne (95% CI=1,02–1,98) šanss mitte omada kehtivat ravikindlustust. Kohandamata mudelites leiti veel, et meestel on võrreldes naistega 1,9 suurem šanss olla ravikindlustamata ja et isikutel, kelle netosissetulek jääb kuus alla 500 euro, võrreldes isikutega, kel see ületab 1000 eurot, vastav näitaja 2,59 (95% CI=1,64–4,07).

Kohandatud mudelis leiti, et meestel oli 2,42 korda (95% CI=1,81–3,23) suurem šanss olla ravikindlustamata kui naistel. Isikutel, kes kuulusid vanuserühma 30–39, oli 1,6 korda (95% CI=1,08–2,38) suurem šanss olla ilma kehtiva ravikindlustuseta kui nendel, kes kuulusid vanuserühma 50–62. 40–49-aastastel isikutel oli sama näitaja 1,75 (95% CI=1,20–2,56). Alla 500-eurose netosissetulekuga isikute seas oli šanss olla ravikindlustamata 3,69 korda (95% CI=2,22–6,13) suurem kui isikutel, kelle netosissetulek oli üle 1000 euro. Rahvuse ja ravikindlustuse olemasolu vahel kohandamata ja kohandatud mudelites olulisi seoseid ei leitud.

Tabel 3. Sotsiaalmajanduslike tegurite seos ravikindlustuse olemasoluga 19–62-aastaste isikute seas, Eesti terviseuuring 2014

Tunnus	Kohandamata OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Sugu		
Naine	1	1
Mees	1,90 (1,48–2,44)	2,42 (1,81–3,23)
Vanus		
19–29	1,29 (0,91–2,59)	1,35 (0,92–1,97)
30–39	1,20 (0,84–1,70)	1,60 (1,08–2,38)
40–49	1,42 (1,02–1,98)	1,75 (1,20–2,56)
50–62	1	1
Rahvus		
Eestlane	1	1
Muu	1,21 (0,92–1,59)	1,27 (0,91–1,78)
Netosissetulek		
<500€	2,59 (1,64–4,07)	3,69 (2,22–6,13)
500–1000€	0,99 (0,61–1,62)	1,24 (0,75–2,05)
>1000€	1	1
Haridus		
Alg/põhiharidus	2,30 (1,56–3,39)	1,04 (0,65–1,66)
Keskharidus	1,49 (1,10–2,02)	1,00 (0,70–1,43)
Kõrgharidus	1	1
Elukoht		
Linn	1	1
Maakoht	1,30 (1,01–1,66)	1,35 (0,99–1,85)

*Kohandatud kõikidele tabelis esitatud tunnustele

5.3 Mittenakkushaigused ja tervise enesehinnang

Tabelis 4 on toodud valitud mittenakkushaiguste levimus ja tervise enesehinnang ravikindlustatud ja -kindlustamata isikute seas. Haiguste levimus jäi vastanute seas nii südame isheemiatõve, krooniliste kopsuhaiguste kui ka diabeedi puhul 3–4% vahemikku, vähi puhul oli näitaja 1,8%. Kõrgvererõhktõve levimus vastanute seas oli 17,5%. Kui kindlustatud isikute hulgas oli vastav näitaja sarnane üldkogumile (17,9%), siis kindlustamata inimeste seas oli see vaid 13,3%. Tervise enesehinnang on 68,7% vastanute seas hea/väga hea, 24,0% seas keskmine ja 7,3% hulgas halb/väga halb. Ravikindlustuseta ja -kindlustusega isikute seas on osakaalud samas suurusjärgus.

Tabel 4. Valitud mittenakkushaiguste levimus 19–62-aastaste ravikindlustusega- ja ravikindlustuseta isikute seas, Eesti terviseuuring 2014

Tunnus	Kindlustatud n=3388	Kindlustamata n=274	Kokku n=3662
Südame isheemiatõbi			
Ei	3279 (96,8)	266 (97,1)	3545 (96,8)
Jah	109 (3,2)	8 (2,9)	117 (3,2)
Krooniline bronhiit/KOK/kopsu laienemine/emfüseem			
Ei	3261 (96,3)	265 (96,7)	3526 (96,3)
Jah	127 (3,7)	9 (3,3)	136 (3,7)
Vähk			
Ei	3327 (98,2)	270 (98,5)	3597 (98,2)
Jah	61 (1,8)	4 (1,5)	65 (1,8)
Diabeet			
Ei	3268 (96,5)	270 (98,5)	3538 (96,6)
Jah	120 (3,5)	4 (1,5)	124 (3,4)
Kõrgvererõhktõbi			
Ei	2780 (82,1)	241 (86,7)	3021 (82,5)
Jah	608 (17,9)	33 (13,3)	641 (17,5)
Enesehinnang tervisele			
Hea/väga hea	2322 (68,5)	193 (70,4)	2515 (68,7)
Keskmine	817 (24,1)	63 (23,0)	880 (24,0)
Halb/väga halb	249 (7,3)	18 (6,6)	267 (7,3)

Valitud mittenakkushaiguste ja tervise enesehinnangu seosed ravikindlustuse olemasoluga on toodud tabelis 5. Kohandamata mudelis leiti oluline seos ravikindlustuse olemasoluga vaid kõrgvererõhktõvel. Isikutel, kel oli eelnimetatud haigus diagnoositud, oli 37% (OR=0,63; 95% CI=0,43–0,91) võrra väiksem šanss olla ravikindlustatud.

Kohandatud mudelis leiti, et kõrgvererõhktõppe haigestunud inimeste seas oli võrreldes haigust mittepõdenud isikutega šanss omada kehtivat ravikindlustust 41% võrra (OR=0,59; 95% CI=0,38–0,90) suurem. Veel leiti statistiliselt oluline seos ravikindlustuse olemasolu ja tervise enesehinnangu vahel. Võrreldes isikutega, kes hindasid enda tervist heaks või väga heaks, oli neil, kes hindasid seda keskmiseks, 34% võrra (OR=0,66; 95% CI=0,46–0,94) väiksem šanss olla ravikindlustamata. Nende seas, kes hindasid enda tervist halvaks või väga halvaks oli sama näitaja 65% (OR=0,35; 95% CI=0,19–0,65) võrra väiksem.

Tabel 5. Valitud mittenakkushaiguste ja tervise enesehinnangu seos (95% CI) ravikindlustuse olemasoluga 19–62-aastaste isikute seas

Tunnus	Kohandamata OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Südame isheemiatõbi		
Ei	1	1
Jah	0,90 (0,44–1,88)	0,86 (0,40–1,84)
Krooniline bronhiit/KOK/kopsu laienemine/emfüseem		
Ei	1	1
Jah	0,87 (0,44–1,73)	0,57 (0,24–1,32)
Vähk		
Ei	1	1
Jah	0,81 (0,29–2,24)	0,71 (0,25–2,03)
Diabeet		
Ei	1	1
Jah	0,40 (0,15–1,10)	0,32 (0,10–1,05)
Kõrgvererõhktõbi		
Ei	1	1
Jah	0,63 (0,43–0,91)	0,59 (0,38–0,90)
Enesehinnang tervisele		
Hea/väga hea	1	1
Keskmine	0,93 (0,69–1,25)	0,66 (0,46–0,94)
Halb/väga halb	0,87 (0,53–1,43)	0,35 (0,19–0,65)

*Kohandatud sotsiaalmajanduslikele ja demograafilistele tunnustele

5.4 Tervisekäitumine

Valitud tervisekäitumist kirjeldavate tegurite jaotus ravikindlustusega ja -kindlustuseta isikute seas on toodud tabelis 6. Kui kindlustatud isikute seast moodustasid regulaarsed ja vahetevahel suitsetajad vaid 31,9%, siis kindlustamata isikute seas oli sama näitaja 41,6%. Jaotus erines ka alkoholi tarbimise puhul – kindlustatud isikute seas oli nädalas 1–4 korda alkoholi tarbivate osakaal 20,3% ja 5–7 korda tarbivate osakaal 3,1%. Kindlustamata inimeste hulgas olid näitajad vastavalt 26,3% ja 5,1%. Tunnuse, mis kirjeldab kui mitmel päeval nädalas järjest vähemalt 10-minutiline jalutuskäik tehakse, jaotuse osas kindlustatud ja kindlustamata isikute vahel suuri erinevusi ei olnud. Mõlemas rühmas oli suurim osakaal inimestel, kes vähemalt 6 päeval nädalas minimaalselt 10 minutit järjest kõndisid. Küll aga täheldati erinevusi tervisespordiga tegelemisel: kindlustatud isikute seas oli inimeste hulk, kes vähemalt ühel päeval nädalas tervisespordi, treeningu või aktiivse vaba aja veetmisega vähemalt 10 minutit järjest tegeles, 39,6%, aga kindlustamata isikute seas oli sama näitaja vaid 29,2%. Puuviljade ja köögiviljade tarbimise sagedus oli kindlustamata ja kindlustatud isikute seas sarnane, kõige suurema osakaalu, ligi poole, moodustasid need, kes puu- ja köögivilju igapäevaselt tarbisid. Kogu valimis oli isikute osakaal, kes vajadusel valmistoidule soola lisas 41,1% ning nende osakaal, kes juba enne maitsmist soola lisas, 5,4%. Kindlustamata isikute hulgas olid samad näitajad

46,7% ja 7,7%. Märkimisväärne erinevus ravikindlustuse ja -kindlustuseta isikute seas oli ka käsimüügiravimite ning vitamiinide tarbimises. Neid, kes käsimüügiravimeid ja vitamiine viimase kuu jooksul olid tarbinud, oli kindlustatute seas üle poole – 57,4%. Kindlustamata isikute hulgas jäi selliste inimeste osakaal 44,9% peale. Neid, kes käsimüügiravimeid ja vitamiine viimati rohkem kui aasta aega tagasi tarbisid, oli kindlustatute seas 15,8%, aga kindlustamata isikute seas lausa 27%.

Tabel 6. Valitud tervisekäitumist kirjeldavate tunnuste jaotus 19–62-aastaste ravikindlustusega- ja ravikindlustuseta isikute seas, Eesti terviseuuring 2014

Tunnus	Kindlustatud n=3388	Kindlustamata n=274	Kokku n=3662
Suitsetamine			
Ei	2306 (68,1)	160 (58,4)	2466 (67,3)
Jah	1081 (31,9)	114 (41,6)	1195 (23,6)
Info puudub	1 (0)	0 (0)	1 (0)
Alkoholi tarbimine			
Ei tarbi	427 (12,6)	22 (8,0)	449 (12,3)
≤1–3 x kuus	2165 (63,9)	166 (60,6)	2331 (64,7)
1–4 x nädalas	689 (20,3)	72 (26,3)	761 (20,8)
5–7 x nädalas	105 (3,1)	14 (5,1)	119 (3,2)
Info puudub	2 (0,1)	0 (0)	2 (0,1)
Jalutamine ≥ 10min			
6–7 päeval nädalas	1561 (46,1)	124 (45,3)	1685 (46,0)
4–5 päeval nädalas	601 (17,7)	37 (13,5)	638 (17,4)
1–3 päeval nädalas	563 (16,6)	49 (17,9)	612 (16,7)
0 päeval nädalas	661 (19,5)	61 (22,3)	722 (19,7)
Info puudub	2 (0,1)	3 (1,1)	5 (0,1)
Trenn ≥ 10min			
≥1 päeval nädalas	1340 (39,6)	80 (29,2)	1420 (38,8)
Ei tee	2046 (60,4)	194 (70,8)	2240 (61,2)
Info puudub	2 (0,1)	0 (0)	2 (0,1)
Puuviljade tarbimine			
Iga päev	1731 (51,1)	136 (49,6)	1867 (51,0)
4–6 päeval nädalas	819 (24,2)	66 (24,1)	885 (24,2)
≤ 3 päeval nädalas	834 (24,6)	72 (26,3)	906 (24,7)
Info puudub	4 (0,1)	0 (0)	4 (0,1)
Köögiviljade tarbimine			
Iga päev	1822 (53,8)	139 (50,7)	1961 (53,5)
4–6 päeval nädalas	863 (25,5)	74 (27,0)	937 (25,6)
≤3 päeval nädalas	701 (20,7)	61 (22,3)	762 (20,8)
Info puudub	2 (0,1)	0 (0)	2 (0,1)
Soola lisamine valmistoidule			
Mitte kunagi	1837 (54,2)	125 (45,6)	1962 (53,6)
Vajadusel	1376 (40,6)	128 (46,7)	1504 (41,1)
Enne maitsmist	175 (5,2)	21 (7,7)	196 (5,4)
Käsimüügiravimite/vitamiinide tarbimine			
Viimase 4 nädala jooksul	1944 (57,4)	123 (44,9)	2067 (56,4)
Viimase aasta jooksul	906 (26,7)	77 (28,1)	983 (26,8)
≥aasta tagasi	536 (15,8)	74 (27,0)	610 (16,7)
Info puudub	2 (0,1)	0 (0)	2 (0,1)

Seosed tervisekäitumise ja ravikindlustuse olemasolu vahel on toodud tabelis 7. Kohandamata mudelites leiti, et võrreldes mittesuitsetajatega on suitsetajatel 1,52 korda (95% CI=1,18–1,95) suurem šanss olla ilma ravikindlustuseta ja et isikutel, kes tarbivad nädalas 1–4 korda alkoholi, on võrreldes karsklastega 2,03 korda (95% CI=1,24–3,32) suurem šanss olla ravikindlustamata. Neil, kes nädalas rohkem kui 4 korda alkoholi tarbivad, on vastav šanss 2,59-kordne (95% CI=1,28–5,23). Veel leiti, et isikutel, kes nädalas mitte ühtegi korda trenni ei tee, on võrreldes nendega, kes vähemalt korra trenni teevad, 1,59 korda (95% CI=1,21–2,08) suurem šanss olla ravikindlustamata. Kohandamata mudelites leiti veel, et isikutel, kes lisavad vajadusel valmistoidule soola, oli võrreldes nendega, kes seda ei teinud, šanss ravikindlustamata olla 1,37-kordne (95% CI=1,06–1,77). Nende hulgas, kes lisasid soola juba enne maitsemist, oli vastav näitaja 1,76 (95% CI=1,08–2,87).

Pärast kohandamist sotsiaalmajanduslikele ja demograafilistele tunnustele leiti oluline seos 1–4 korda nädalas alkoholi tarbimise ja ravikindlustuse olemasolu vahel. Võrreldes karsklastega oli isikutel, kes tarbisid nädalas 1–4 korda alkoholi, ligi 2 korda (OR=1,95; 95% CI=1,15–3,33) suurem šanss olla ilma kehtiva ravikindlustuseta. Suitsetamise ja ravikindlustuse olemasolu vahel kohandatud mudelites olulisi seoseid ei leitud. Olulisi seoseid kindlustuse olemasoluga ei leitud kohandatud mudelites ka jalutamise ja treeningu osas. Küll aga leiti, et isikute seas, kes tarbivad puuvilju kuni 3 päeval nädalas, on šanss olla ravikindlustamata 32% võrra (OR=0,68; 95% CI=0,48–0,97) madalam, kui nende seas, kes tarbivad puuvilju iga päev. Oluline seos ravikindlustuse olemasoluga tuli välja ka käsimüügiravimite ja vitamiinide tarbimisel. Nende hulgas, kes käsimüügiravimeid või vitamiine viimati enam kui aasta aega tagasi tarbisid, oli šanss olla ravikindlustamata ligi 2 korda (OR=1,96; 95% CI=1,38–2,76) suurem kui nende seas, kes käsimüügiravimeid või vitamiine viimase 4 nädala jooksul tarbinud olid. Kõögiviljade tarbimise ja ravikindlustuse olemasolu vahel kohandamata ja kohandatud mudelites statistiliselt olulisi seoseid ei leitud.

Tabel 7. Valitud tervisekäitumist kirjeldavate tunnuste seos (95% CI) ravikindlustuse olemasoluga 19–62-aastaste isikute seas, Eesti terviseuuring 2014

Tunnus	Kohandamata OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% OR)
Suitsetamine		
Ei	1	1
Jah	1,52 (1,18–1,95)	1,14 (0,85–1,53)
Alkoholi tarbimine		
Ei tarbi	1	1
≤1x kuus – 3x kuus	1,48 (0,94–2,35)	1,52 (0,95–2,44)
1–4x nädalas	2,03 (1,24–3,32)	1,95 (1,15–3,33)
5–7p nädalas	2,59 (1,28–5,23)	1,92 (0,88–4,19)
Jalutamine ≥10min		
6–7 päeval nädalas	1	1
4–5 päeval nädalas	0,78 (0,53–1,13)	0,92 (0,61–1,39)
1–3 päeval nädalas	1,10 (0,77–1,55)	1,00 (0,67–1,48)
0 päeval nädalas	1,16 (0,84–1,60)	0,94 (0,65–1,37)
Trenn ≥10min		
≥1 päeval nädalas	1	1
Ei tee	1,59 (1,21–2,08)	1,32 (0,96–1,82)
Puuviljade tarbimine		
Iga päev	1	1
4–6 päeval nädalas	1,03 (0,76–1,39)	0,91 (0,65–1,27)
≤3 päeval nädalas	1,10 (0,82–1,48)	0,68 (0,48–0,97)
Köögiviljade tarbimine		
Iga päev	1	1
4–6 päeval nädalas	1,12 (0,84–1,51)	1,01 (0,73–1,41)
≤3 päeval nädalas	1,14 (0,83–1,56)	0,77 (0,53–1,11)
Soola lisamine valmistoidule		
Mitte kunagi	1	1
Vajadusel	1,37 (1,06–1,77)	1,14 (0,86–1,53)
Enne maitsmist	1,76 (1,08–2,87)	1,18 (0,68–2,07)
Käsimüügiravimid/vitamiinid		
Viimase 4 nädala jooksul	1	1
Viimase aasta jooksul	1,34 (1,00–1,81)	1,29 (0,93–1,80)
≥aasta tagasi	2,18 (1,61–2,96)	1,96 (1,38–2,76)

*Kohandatud kõikidele sotsiaalmajanduslikele ja demograafilistele tunnustele

5.5 Tervishoiuteenuste kasutamine

Tabelis 8 on toodud tervishoiuteenuste kasutamist kirjeldavate tunnuste jaotused kehtiva ravikindlustusega ja -kindlustuseta isikute seas. Isikuid, kel viimase 12 kuu jooksul tervishoiutöötaja vererõhku oli mõõtnud, oli kindlustatud isikute seas ligi kaks kolmandikku (66,0%). Kindlustamata isikute seas oli see näitaja aga vaid 43,8%. Sarnased olid suhted ka veresuhkru ja kolesteroolitaseme mõõtmisega. Kindlustatute seas olid näitajad vastavalt 56,4% ja 51,9%, aga kindlustuseta isikute seas 34,3% ja 31,0%. Kindlustamata naiste seas oli neid, kel kunagi polnud tehtud mammogrammi, rohkem kui kaks kolmandikku (67,0%), kindlustatud naiste seas oli see osakaal 52,0%. PAP-testi osas oli suhe sarnane – kindlustamata isikute hulgas oli neid, kel kunagi PAP-testi polnud tehtud, 33,0%, kindlustatud isikute hulgas aga vaid 21,8%. Kindlustamata ja kindlustatud isikute seas oli märkimisväärne erinevus pere- ja eriarstiabi kasutamise vahel. Viimase 12 kuu jooksul kasutas perearstiabi 65,3% ja eriarstiabi 46,7% kindlustatutest. Kindlustamata isikute seas olid vastavad osakaalud madalamad – 36,5% ja 24,5%. Rahapuudusel meditsiiniabi saamata jäämise osas erinesid kindlustatud ja kindlustamata isikud selle poolest, et need, kel meditsiiniabi vajadust ei olnud, moodustasid kindlustamata isikute seas suurema osakaalu. Eelnimetatud osakaalud olid vastavalt 36,5% ja 24,0%. Kindlustatud isikute seas oli inimeste osakaal, kes viimase 4 nädala jooksul retseptiravimeid oli tarbinud, suurem kui kindlustamata isikute seas. Osakaalud olid vastavalt 37,4% ja 20,0%. Kindlustamata isikute hulgas oli neid, kes arsti poolt määratud retseptiravimeid viimati rohkem kui aasta aega tagasi tarvitasid, 53,3% ja kindlustatute seas 37,0%. Mitte kunagi polnud retseptiravimeid tarvitanud 9,5% kindlustamata ja 3,9% kindlustatud isikutest.

Tabel 8. Tervishoiuteenuste kasutamist kirjeldavate tunnuste jaotus 19–62-aastaste ravikindlustusega- ja ravikindlustuseta isikute seas, Eesti terviseuuring 2014

Tunnus	Kindlustatud n=3388	Kindlustamata n=274	Kokku n=3662
Vererõhu mõõtmine			
<12 kuud tagasi	2237 (66,0)	120 (43,8)	2357 (64,4)
1–4 a tagasi	988 (29,2)	119 (43,4)	1107 (30,2)
≥5 a tagasi/mitte kunagi	162 (4,8)	35 (12,8)	197 (5,4)
Info puudub	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,1)
Veresuhkru mõõtmine			
<12 kuud tagasi	1911 (56,4)	94 (34,3)	2005 (54,8)
1–4 a tagasi	1132 (33,4)	108 (39,4)	1240 (33,9)
≥5 a tagasi/mitte kunagi	331 (9,8)	70 (25,6)	401 (11,0)
Info puudub	14 (0,4)	2 (0,7)	16 (0,4)
Kolesteroolitaseme mõõtmine			
<12 kuud tagasi	1759 (51,9)	85 (31,0)	1844 (50,4)
1–4 a tagasi	1093 (32,3)	106 (38,7)	1199 (32,7)
≥5 a tagasi/mitte kunagi	514 (15,2)	82 (29,9)	596 (16,3)
Info puudub	22 (0,6)	1 (0,4)	23 (0,6)
Mammogramm*			
Viimase 12 kuu jooksul	269 (14,3)	6 (5,5)	275 (13,8)
1–2a tagasi	391 (20,7)	16 (14,7)	407 (20,4)
≥3 aastat tagasi	245 (13,0)	14 (12,8)	259 (13,0)
Mitte kunagi	981 (52,0)	73 (67,0)	1054 (52,8)
PAP test*			
Viimase 12 kuu jooksul	551 (29,2)	24 (22,0)	575 (28,8)
1–2a tagasi	607 (32,2)	38 (34,9)	645 (32,3)
≥3 aastat tagasi	313 (16,6)	11 (10,0)	324 (16,2)
Mitte kunagi	412 (21,8)	36 (33,0)	448 (22,5)
Info puudub	3 (0,2)	0 (0)	3 (0,2)
Perearstiabi kasutamine viimase 12 kuu jooksul			
Jah	2211 (65,3)	100 (36,5)	2311 (63,1)
Ei/mitte kunagi	1177 (34,7)	174 (63,5)	1351 (36,9)
Eriarstiabi kasutamine viimase 12 kuu jooksul			
Jah	1581 (46,7)	67 (24,5)	1648 (45,0)
Ei/mitte kunagi	1807 (53,3)	207 (75,5)	2014 (55,0)
Rahapuuduse tõttu saamata jäänud meditsiiniabi			
Ei	2290 (67,6)	144 (52,6)	2434 (66,5)
Ei olnud vajadust	814 (24,0)	100 (36,5)	914 (25,0)
Jah	284 (8,4)	30 (10,9)	314 (8,6)
Retseptiravimi tarvitamine			
Viimase 4 nädala jooksul	1268 (37,4)	55 (20,0)	1323 (36,1)
Viimase aasta jooksul	734 (21,7)	47 (17,2)	781 (21,3)
≥aasta tagasi	1253 (37,0)	146 (53,3)	1399 (38,2)
Mitte kunagi	132 (3,9)	26 (9,5)	158 (4,3)
Info puudub	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,1)

*Arvud ja jaotus vaid naiste kohta: kindlustatuid 1886; kindlustamata 109; kokku 1995

Tabelis 9 on toodud kasutamise ja ravikindlustuse olemasolu vahelised seosed. Kohandamata mudelites leiti, et naistel, kes mitte kunagi polnud teinud PAP-testi, oli võrreldes nendega, kes seda viimase 12 kuu jooksul olid teinud, 2,01 (95% CI=1,18–3,42) korda suurem šanss olla ravikindlustuseta, mammogrammi puhul oli vastav näitaja 3,34 (95% CI=1,44–7,75). Võrreldes isikutega, kes viimase 12 kuu jooksul meditsiiniabi ei vajanud, oli neil, kel jäi rahapuuduse tõttu meditsiiniabi saamata, 1,68 korda (95% CI=1,11–2,54) suurem šanss olla ravikindlustuseta. Neil, kes meditsiiniabi ei vajanud, oli vastav näitaja 1,95 (95% CI=1,50–2,55). Statistiliselt olulised seosed ravikindlustuse olemasoluga leiti kohandamata mudelites tervishoiutöötaja poolt nii vererõhu, veresuhkru kui kolesteroolitaseme mõõtmise osas. Võrreldes isikutega, kel mõõdeti vererõhku viimase aasta jooksul, oli neil, kel seda tehti 1–4 aastat tagasi, 2,25 korda (95% CI=1,72–2,92) suurem šanss olla ravikindlustamata ja neil, kel seda tehti viimati 5 aastat tagasi või varem või pole kunagi mõõdetud, 4,03 korda (95% CI=2,68–6,06) suurem šanss. Veresuhkru mõõtmisel olid samad näitajad vastavalt 1,94 (95% CI=1,46–2,58) ja 4,3 (95% CI=3,09–5,95) ning kolesteroolitaseme puhul 2,01 (95% CI=1,49–2,70) ja 3,30 (95% CI=2,40–4,54). Isikud, kes viimase 12 kuu jooksul või mitte kunagi polnud kasutanud pere- ja eriarsti-teenust oli võrreldes nendega, kes seda olid teinud, vastavalt 3,27- (95% CI=2,53–4,22) ja 2,7 korda (95% CI=2,04–3,59) suurem šanss olla ravikindlustamata. Kohandamata mudelites leiti veel, et isikud, kes ei olnud viimase 12 kuu jooksul ja mitte kunagi tarvitanud retseptiravimeid omasid võrreldes nendega, kes seda viimase 4 nädala jooksul olid teinud, vastavalt 2,69- (95% CI=1,95–3,70) ja 4,54 korda (95% CI=2,76–7,48) suuremat šanssi olla ravikindlustamata.

Pärast kohandamist sotsiaalmajanduslikele ja demograafilistele tunnustele oli võrreldes isikutega, kel mõõdeti vererõhku viimase aasta jooksul, neil, kel seda tehti 1–4 aastat tagasi, 2,31 korda (95% CI=1,72–3,10) suurem šanss olla ravikindlustamata ja neil, kel seda tehti viimati 5 aastat tagasi või varem või pole kunagi mõõdetud, 3,05 korda (95% CI=1,92–4,84) suurem šanss. Veresuhkru mõõtmisel olid samad näitajad vastavalt 2,05 (95% CI=1,50–2,82) ja 3,59 (95% CI=2,45–5,25) ning kolesteroolitaseme puhul 1,96 (95% CI=1,41–2,72) ja 2,84 (95% CI=1,97–4,10). Naiste seas leiti oluline seos mammogrammi tegemise ja ravikindlustuse olemasolu vahel. Naistel, kes polnud kunagi mammograafia uuringul käinud, oli 3,49 korda (95% CI=1,33–9,16) suurema šanss olla ilma kehtiva ravikindlustuseta kui naistel, kel mammogramm viimase 12 kuu jooksul oli teostatud. Samuti leiti seosed ravikindlustuse olemasolu ning pere- ja eriarsti-teenuste kasutamise vahel. Nende seas, kes ei olnud viimase 12 kuu jooksul või mitte kunagi perearstiabi kasutanud, oli võrreldes isikutega, kes seda viimase 12 kuu jooksul olid teinud, šanss olla ilma kehtiva ravikindlustuseta 3,4 (95% CI=2,55–4,53) korda kõrgem. Eriarstiabi teenuste osas oli vastav näitaja 2,9 (95% CI=2,10–4,00). Võrreldes isikutega, kel rahapuuduse tõttu ei jäänud meditsiiniabi saamata, oli nende seas, kel viimase

aasta jooksul ei olnud vajadust meditsiiniabi järgi, šanss olla ravikindlustamata 2,16 korda (95% CI=1,60–2,92) suurem. Ka arsti poolt määratud retseptiravimite kasutamisega oli ravikindlustuse puudumisega seos. Võrreldes isikutega, kes viimase 4 nädala jooksul retseptiravimeid olid tarvitanud, oli neil, kes seda viimati tegid viimase aasta jooksul, 1,61 korda (95% CI=1,01–2,56) suurem šanss olla ravikindlustamata. Nende seas, kes retseptiravimeid tarvitasid rohkem kui aasta tagasi, oli vastav näitaja 3,19 (95% CI=2,23–4,58) ja nende hulgas, kes polnud mitte kunagi retseptiravimeid tarvitanud, 4,82 (95% CI=2,72–8,53).

Tabel 9. Tervishoiuteenuste kasutamist kirjeldavate tunnuste seos (95% CI) ravikindlustuse olemasoluga 19–62-aastaste isikute seas, Eesti terviseuuring 2014

Tunnus	Kohandamata OR (95% CI)	Kohandatud OR* (95% CI)
Vererõhu mõõtmine		
<12 kuud tagasi	1	1
1–4 a tagasi	2,25 (1,72–2,92)	2,31 (1,72–3,10)
≥5 a tagasi/mitte kunagi	4,03 (2,68–6,06)	3,05 (1,92–4,84)
Veresuhkru mõõtmine		
<12 kuud tagasi	1	1
1–4a tagasi	1,94 (1,46–2,58)	2,05 (1,50–2,82)
≥5 a tagasi/mitte kunagi	4,30 (3,09–5,95)	3,59 (2,45–5,25)
Kolesterooolitaseme mõõtmine		
<12 kuud tagasi	1	1
1–4a tagasi	2,01 (1,49–2,70)	1,96 (1,41–2,72)
≥5 a tagasi/mitte kunagi	3,30 (2,40–4,54)	2,84 (1,97–4,10)
Mammogramm**		
Viimase 12 kuu jooksul	1	1
1–2a tagasi	1,83 (0,71–4,75)	1,71 (0,59–4,93)
≥3 aastat tagasi	2,56 (0,97–6,77)	2,80 (0,97–8,08)
Mitte kunagi	3,34 (1,44–7,75)	3,49 (1,33–9,16)
PAP test**		
Viimase 12 kuu jooksul	1	1
1–2a tagasi	1,44 (0,85–2,43)	1,36 (0,78–2,40)
≥3 aastat tagasi	0,81 (0,38–1,67)	0,73 (0,33–1,64)
Mitte kunagi	2,01 (1,18–3,42)	1,52 (0,85–2,73)
Perearsti kasutamine viimase 12 kuu jooksul		
Jah	1	1
Ei/mitte kunagi	3,27 (2,53–4,22)	3,40 (2,55–4,53)
Eriarstiabi kasutamine viimase 12 kuu jooksul		
Jah	1	1
Ei/mitte kunagi	2,70 (2,04–3,59)	2,90 (2,10–4,00)
Rahapuuduse tõttu saamata jäänud meditsiiniabi		
Ei	1	1
Ei olnud vajadust	1,95 (1,50–2,55)	2,16 (1,60–2,92)
Jah	1,68 (1,11–2,54)	1,23 (0,77–1,96)
Retseptiravimi tarvitamine		
Viimase 4 nädala jooksul	1	1
Viimase aasta jooksul	1,48 (0,99–2,20)	1,61 (1,01–2,56)
≥aasta tagasi	2,69 (1,95–3,70)	3,19 (2,23–4,58)
Mitte kunagi	4,54 (2,76–7,48)	4,82 (2,72–8,53)

*Kohandatud kõikidele sotsiaalmajanduslikele ja demograafilistele tunnustele

**Mudelis sisalduvad vaid naised ja soole ei kohandatud

6. Arutelu

Käesolev magistritöö põhineb Eesti terviseuuringus 2014 sisalduvate 19–62-aastaste isikute andmetel. Magistritöös leiti seosed ravikindlustuse olemasolu ja erinevate sotsiaalmajanduslike ja demograafiliste tunnuste, mittenakkushaiguste levimuse, tervisekäitumise ja tervishoiuteenuste kasutamise vahel. Samuti leiti eelnimetatud tunnuste jaotused ravikindlustusega ja -kindlustuseta isikute seas ning Eesti 19–62-aastasele kogupopulatsioonile üldistatavad ravikindlustamata isikute osakaalud erinevate sotsiaalmajanduslike ja demograafiliste tunnuste lõikes.

19–62-aastastest Eesti elanikest ei olnud kehtivat ravikindlustust ligikaudu 7,7%-l. Meeste seas oli vastav näitaja suurem (9,8%) kui naistel (5,7%). Vanuseti oli kõige väiksem ravikindlustamata inimeste osakaal vanuserühmas 50–62 (6,7%) ja kõige suurem vanuserühmas 40–49 (8,8%). Eestlaste seas oli nimetatud osakaal veidi väiksem (7,1%) kui muust rahvusest isikute (9,0%) seas.

Võrreldes enamike teiste OECD riikidega, kus ravikindlustuseta inimeste osakaal on 1% juures (9), on näitaja Eestis kordades suurem. Kõige suurem kindlustamata isikute osakaal vanuses 40–49 võib olla tingitud sellest, et sellises vanuses ei ole enam üliõpilasi, aga samas ei leidu veel ka pensionäre. Tegu saab olla näiteks registreerimata töötute, heitunud isikute, mitteametlikult töötavate, perioodiliselt välismaal töötavate, ebaregulaarset sissetulekut omavate isikutega. Meeste kõrgem kindlustamata olek on peamiselt seotud samade põhjustega. Veel on võimalik, et tegu on lastega kodusolevate abielus mitteolevate isikutega. Selline variant tekib siis kui üks lapsevanem võtab lapsehoolduspuhkust, aga jätkab töötamist, samal ajal teine lapsevanem hoiab kodus last ja temal ravikindlustus puudub. Sagedamini on need naised. Rahvuse ja kehtiva ravikindlustuse olemasolu vahel statistiliselt olulisi seoseid ei leitud. Maal elavate ja madalama haridusega inimeste suurem šanss ravikindlustuse mitteomamiseks kadus kohandatud mudelites, kuid püsima jäi seos madalama netosissetulekuga inimeste kohta, mis sisuliselt peegeldab ka eelnevate tunnuste mõju. Madala sissetulekuga isikute suur osakaal kindlustamata isikute hulgas võimendab kogu inimeste ravita jäämise probleemi veelgi, sest kui kõrge sissetulekuga kindlustamata isikud saavad endale teatud ravi lubada, siis madala sissetulekuga inimestel selliseid võimalusi tihtipeale pole. Madala haridustasemega inimeste suurem kindlustamata isikute osakaal väärib tähelepanu seetõttu, et nende seas on ilmselt ka üldine teadlikkus tervise kohta madalamal tasemel. Olukorda, kus 7,7%-l 19–62-aastasest ei ole kehtivat ravikindlustust, ei tohiks olla. Suur hulk inimesi jääb seetõttu ilma nii plaanilisest üld- kui eriarstiabist ja seeläbi tavapärastest terviseuuringutest, konsultatsioonidest jpm (2) ning neile vaid vältimatut abi osutades on haigused kaugele arenenud ja ravikulud suured.

Käesolevas magistritöös leiti, et kindlustamata isikute seas oli madalam kõrgvererõhktõppe haigestunud isikute osakaal, teiste mittenakkushaiguste levikus statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud. Üheks võimalikuks põhjuseks on see, et tõsiste mittenakkushaiguste all kannatavad inimesed taotlesid haiguse tõttu püsivat töövõimetust ja seeläbi said ka ravikindlustuskaitse. Antud väidet kinnitab ka asjaolu, et kindlustamata isikute hulgas oli rohkem neid, kes oma tervist heaks või väga heaks hindasid. Seega on kindlustamata isikud tervemad kui ravikindlustatud isikud, nad ei tunneta vajadust arstiabi järgi ja ei kasuta seda või kasutavad tõsise vajaduse korral. Seda toetavad uuringu tulemused, et isikute seas, kes ei vajanud viimase 12 kuu jooksul meditsiiniabi, oli suurem šanss olla kindlustamata ja et suurem šanss olla ravikindlustuseta oli ka neil, kel nii pere- kui ka eriarsti viimasest visiidist oli möödas oluliselt rohkem aega või ei olnud nad seal kunagi käinud. Leiud on kooskõlas USA-s läbi viidud uuringuga, kus leiti samuti, et kindlustamata isikud käivad vähem arstivisiitidel, lisaks olid nad vähem teadlikud enda ülekaalulisusest (81). Veel leiti käesolevas uuringus, et kindlustamata isikutel kontrollitakse harvemini vererõhku, veresuhkrut ja kolesteroolisisaldust veres ning kindlustamata naised käivad harvemini sõeluuringutel. Sellest tulenevalt on võimalik, et kindlustamata isikute seas on inimesi, kel on diagnoosimata varases staadiumis mittenakkushaigusi ja muid terviseprobleeme ning nad pole enda tervislikest kõrvalekalletest teadlikud. Madala teadlikkusega, aga ka madalama sissetulekuga võib seostada ka seda, et inimeste seas, kes harvem käsimeetmeid ja vitamiine tarbisid, oli suurem šanss olla kindlustamata. Soovitusi nende tarbimiseks saadakse sageli tervishoiutöötajatelt.

Magistritöös leiti ravikindlustusega ja -kindlustuseta isikute vahel tervisekäitumises mitmeid erinevusi. Kui varasemates uuringutes pole ravikindlustuse olemasolu ja toitumisharjumuste vahel seoseid leitud (56, 59), siis antud magistritöös leiti, et ravikindlustuse olemasolu on statistiliselt olulises seoses puuviljade ebapiisava tarbimisega: kuni 3 korda nädalas puuvilju tarbivate isikutel oli võrreldes nendega, kes tarbisid puuvilju iga päev, väiksem šanss olla ravikindlustuseta. Ebapiisavat puuviljade tarbimist on seostatud II tüüpi diabeeti ja kardiovaskulaarhaigustesse haigestumise riski suurenemisega (43, 44). Köögiviljade, mille ebapiisavat tarbimist on samuti seostatud II tüüpi diabeeti ja kardiovaskulaarhaigustesse haigestumise riski suurenemisega (43, 44), tarbimises ravikindlustuse olemasoluga seost ei leitud. Kohandamata analüüsis leiti kindlustamata isikute seas suurem šanss valmistoidule soola lisamiseks kui kindlustatud isikute hulgas, kohandatud analüüsis seos kadus. Liigne soola tarbimine tõstab nii insuldi kui ka maovähki haigestumise riski (47, 48).

Nii suitsetamist kui ka liigset alkoholi tarbimist seostatakse paljude terviseprobleemidega. Näiteks suurendavad need nii kardiovaskulaarhaigustesse kui mitmetesse vähkhaigustesse haigestumise riski. Suitsetamine suurendab olulisel määral ka kopsuhaiguste ja alkoholi

tarbimine maksahaiguste riski (22, 26, 25, 28, 30–34, 36–42). Käesolevas magistritöös leiti, et suitsetajate osakaal on kindlustamata isikute seas suurem kui kindlustatute hulgas, kuid kohandatud mudelis kahe tunnuse vahel seost ei leitud. Küll leiti kohandatud mudelis seos ravikindlustuse olemasolu ja alkoholi tarbimise vahel: isikutel, kes nädalas 1–4 korda alkoholi tarbivad on suurem šanss olla ravikindlustuseta kui karsklastel, kohandamata mudelis esines seos ka veel sagedama alkoholitarbimisega. Tulemused olid sarnased teistes riikides läbi viidud uuringute tulemustega, milles leiti samuti kindlustamata isikute seas kõrgem suitsetamise- ja liigse alkoholi tarbimise levimus (55–57).

Käesolevas magistritöös leiti kohandamata analüüsis oluline seos ravikindlustuse olemasolu ja treeninguga. Leiti, et inimeste seas, kes tavapärasel nädalal mitte ühtegi korda vähemalt 10 minutit järjest treeningu, tervisespordi või aktiivse vaba aja veetmisega ei tegele, on suurem šanss olla ravikindlustamata kui neil, kes seda teevad. Kõndimisharjumustega seoseid ei leitud. Vähene kehaline aktiivsus on nii II tüüpi diabeedi, südame isheemiatõve kui ka mitmete vähkhaiguste riskiteguriks (51–53).

Võrreldes Eesti terviseuuringu 2014 põhjal ravikindlustusega ja -kindlustuseta isikute tervisekäitumist, saab öelda, et 19–62-aastaste kindlustamata isikute seas on riskikäitumine võrreldes kindlustatutega laiemalt levinud. Selle põhjal võib väita, et, vaatamata kindlustamata isikute paremale tervises seisundile, on neil kõrgeenenud risk haigestuda levinumatesse mittenakkushaigustesse nagu diabeet, kroonilised kopsuhaigused, vähk ja kardiovaskulaarhaigused. Samal ajal on kindlustamata isikute seas nende osakaal, kel ei mõõdeta regulaarselt vererõhku, veresuhkrut ja kolesteroolisisaldust, suurem kui ravikindlustusega isikute hulgas. Tulemus on ootuspärane, sest taolisi mõõtmisi teostab üldiselt perearst ning ka perearsti külastavad kindlustamata isikud harvemini. Sarnaselt Eestile osalesid ka USA-s ja Mehhikos läbi viidud uuringutes kindlustamata isikud taolistel kontrollidel vähem kui kindlustatud inimesed (78, 80, 82). Tervishoiutöötajaga kontakti puudumise välistab ka asjakohane nõustamise riskitegurite olemusest ja riskide vähendamise vajadusest. Nõustamise puudumine, teadmatuses elamine, aladiagnoosimine või hiline diagnoosimine ja ravimata jätmine võib kaasa tuua raskeid tagajärgi. Pikaajaline kõrgeenenud vererõhk tõstab kardiovaskulaarhaigustesse haigestumise ja suremuse riski (65, 66). Jättes vere glükoositaseme kontrollimata, väheneb ka võimalus õigeaegseks ja tulemuslikuks diabeedi preventatsiooniks (68). Diabeedi diagnoosi ja vastava ravi hilinemine suurendab märkimisväärselt suremuse riski kardiovaskulaarhaigustesse (70). Ka õigeaegne rasvade ainevahetuse häire avastamine on eluliselt vajalik, sest madala tihedusega kolesterooli taseme alandamine ja kõrge tihedusega kolesterooli taseme tõstmine veres vähendab kardiovaskulaarhaiguste esinemise riski (74).

Töös leiti, et naistel, kes pole mitte kunagi käinud mammograafias ega teinud PAP-testi, on suurem šanss olla ravikindlustamata kui neil, kes uuringul viimase 12 kuu jooksul osalenud olid. Kohandamata mudelites leiti ravikindlustuse olemasoluga mõlemaga oluline seos. Mammograafia ja ravikindlustuse olemasolu vahel leiti oluline seos ka kohandatud mudelis. USA-s ja Mehhikos läbi viidud uuringutes olid seosed sarnased (77, 78). Sõeluuringutes osalemine suurendab oluliselt võimalust, et vähk avastatakse varajases staadiumis ja sõeluuringus osalemine vähendab märkimisväärselt haigusspetsiifilist suremust (61–64).

Et kindlustamata isikud käivad harvem enda vererõhku, veresuhkru taset ja kolesteroolisisaldust veres mõõtnas, on neil suurem oht jääda õigel ajal ravita ja sellest tulenevalt ka suurem risk haigestuda kardiovaskulaarhaigustesse ja diabeeti. Arsti juures mittekäimisega on seotud ka kindlustamata isikute harvem retseptiravimite tarbimine. Kuna sõeluuringul mittekäinud isikutel on suurem šanss olla ravikindlustamata, siis saab eeldada, et nende seas on oht vähi avastamisele hilises staadiumis suurem kui kindlustatutel. Mingil määral võib ka see mõjutada vähki haigestunute väiksemat osakaalu kindlustamata isikute seas – haigus avastatakse liiga hilja ja elulemus on väiksem. Ka teiste mittenakkushaiguste hiline avastamine ja ravimata jätmine võib kaasa tuua tüsistuste tekke ning nii tervena elatud aastate kui eeldatava eluea lühenemise. Lisaks eelnevale põhjustab hilineunud diagnoosimine suuremaid tervishoiukululusid ja on tervishoiusüsteemile koormav.

Magistritöö üheks puudujäägiks on see, et ei ole eraldi käsitletud isikute osakaalu, kes on katkendlikult ja kes püsivalt kindlustamata. Katkendliku kindlustusega isikutel on perioodidel, mil neil on kehtiv tervisekindlustus, kõik võimalused enda tervises seisundi kontrollimiseks ja vajadusel teenuste kasutamiseks. Veel oleks informatiivne olnud analüüsida eraldi kindlustamata inimeste rühmasid, näiteks registreerimata töötuid ja dividendide saajaid. Teiseks töö nõrkuseks võib pidada seda, et kõik inimesed ei pruugi olla teadlikud enda ravikindlustuse staatusest. Selliseid isikuid leidub suure tõenäosusega noorte koolilõpetajate seas, kes ei ole veel tööle asunud ja ei oska mõeldagi, et neil enam kehtivat tervisekindlustust ei ole. Veel võib nõrkusena välja tuua uuringus kasutatud mõningad suhteliselt üldised küsimused, näiteks: „Kui tihti Te viimase 12 kuu jooksul olete alkohoolseid jooke tarbinud?“, millele vastajad pidid andma hinnangulised vastused. Samas ei saagi sellise uuringu puhul näitena toodud alkoholitarbimise harjumusi teisiti hinnata. Samuti ei võimalda küsimustik hinnata kehalist aktiivsust selle tervistmõjutavas soovituslikus sageduses.

Käesoleva magistritöö tugevaks küljeks on suur ja esinduslik isikupõhine valim. Valim saadi süstemaatilise valiku teel ja vastajaid oli nii linna- kui maapiirkondadest, kõikidest maakondadest Eestis. Kuna ravikindlustamata isikute osakaalude leidmisel sotsiaalmajanduslike ja demograafiliste tunnuste lõikes kasutati andmestiku kalibreeritud

kaalumist, saab need tulemused üle kanda 19–62-aastasele Eesti populatsioonile. Seoste hindamisel on kasutatud küll kaalumata andmeid, aga et ravikindlustamata isikute proportsionaalne hulk rühmades jääb suuresti samaks, on tulemused adekvaatsed. Lisaks on töö tugevuseks see, et analüüsiti väga mitmete tunnuste mõju ravikindlustuse olemasolule, mis andis hulgaliselt uut informatsiooni ja hea tervikpildi hetkeolukorrast Eestis. Tõsiasi, et varasemalt ei ole Eestis analüüsitud eraldi ravikindlustuseta isikute tervisekäitumist, saab samuti pidada antud magistritöö tugevuseks.

7. Järeldused ja ettepanekud

Käesoleva magistr töö tulemuste põhjal saab teha järgmised järeldused:

- 19–62-aastaste inimeste seas on Eestis ravikindlustuseta isikute osakaal ligikaudu 7,7%, mis on enamikest OECD riikidest oluliselt kõrgem näitaja.
- Suurem ravikindlustuseta isikute osakaal on meeste, muust rahvusest isikute, 40–49-aastaste-, alg- ja põhiharidusega ning vähem kui 500 eurose netosissetulekuga isikute seas.
- Isikud, kel oli kõrgvererõhk tõi, omasid väiksemat šanssi olla ravikindlustamata. Teiste mittenakkushaiguste esinemises ja ravikindlustuse vahel seoseid ei leitud.
- Isikud, kelle tervise enesehinnang oli madalam, omasid väiksemat šanssi olla ravikindlustamata.
- Inimeste seas, kes 1–4 korda nädalas alkoholi tarvivad, on šanss ravikindlustamata olla suurem kui karsklasel. Neil, kes tarvitavad harvem kätimüügiravimeid ja vitamiine on suurem šanss olla ravikindlustamata kui sagedasel tarvitajatel. Isikud, kes tarvivad puuvilju vähem kui 4 korda nädalas omavad võrreldes igapäevaste tarbijatega madalamat šanssi olla ravikindlustamata.
- Isikutel, kes kasutavad vähem tervishoiuteenuseid, on suurem šanss olla ravikindlustamata. Suurem šanss olla ravikindlustuseta on nii neil, kes käivad vähem pere- ja eraarsti juures, isikutel, kel mõdetakse harvemini vererõhku, veresuhkru- ja kolesteroolitaset kui ka neil, kes osalevad harvemini vähi sõeluuringutel ja tarvitavad harvemini retseptiravimeid.

Ettepanekud:

- Oluline on liikuda universaalse tervisekaitse poole, mis tagab kõikidele inimestele võrdsema ligipääsu ennetustegevustele ja tervishoiuteenustele.
- Vajalik oleks tõsta inimeste teadlikkust tervisekäitumisest, tervisekontrollide vajalikkusest ja ravikindlustuse taotlemise erinevatest võimalustest.
- Ravikindlustuseta isikud peavad saama võimaluse tasuta tervisekontrollideks, kus mõdetakse olulisi tervisenäitajaid ja nõustatakse. Kõik isikud peavad saama võimaluse osaleda riiklikel tõenduspõhistel sõeluuringutel olenemata ravikindlustuse olemasolust.

8. Kasutatud kirjandus

1. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, tabel ETU50: ravi-kindlustuse olemasolu soo ja vanuserühma järgi, seisuga 26.04.2019.
2. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 09.05.2001. RT I 2001, 50, 284.
3. WHO. Noncommunicable diseases. Geneva; 2018.
4. WHO. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2014.
5. WHO. Tokyo Declaration on Universal Health Coverage: All Together to Accelerate Progress towards UHC. Tokyo; 2017.
6. OECD. Health Statistics. Paris; 2018.
7. Gelormino E, Bambra C, Spadea T, Bellini S, Costa G. The Effects of Health Care Reforms on Health Inequalities: A Review and Analysis of the European Evidence Base. *Int J Health Serv* 2011;41:209–30.
8. OECD. Universal Health Coverage and Health Outcomes. Paris; 2016.
9. Kahur K. Tervishoiuteenuste kasutamine ravikindlustuseta isikute poolt. Magistritöö. Tartu Ülikool, tervishoiu instituut 2006.
10. Õiguskantsleri Kantselei. Ravikindlustusega hõlmamata isikute olukord Eesti Vabariigi kohalikes omavalitsustes. Tallinn; 2009.
11. Koppel K, Piirits M, Masso M, et al. Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile - kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses? Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2018.
12. Ravikindlustuse seadus, 19.06.2002. RT I 2002, 62, 377.
13. Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa aastaraamat 2017. Tallinn; 2018.
14. Habicht T. Estonia. In: Sagan A, Thomson S, editors. Voluntary health insurance in Europe: Country experience. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.
15. Lai T, Habicht T, Kahur K, et al. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. *Tervisesüsteemid muutustes* 2013;15:1–196.
16. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. VV määrus 15.03.2018 nr 24. RT I 2018, 5.
17. Kim HC, Oh SM. Noncommunicable diseases: current status of major modifiable risk factors in Korea. *J Prev Med Public Health* 2013;46:165–172.
18. Islam SMS, Purnat TD, Phuong NTA, et al. Non-communicable diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Global Health* 2014;10:81.
19. Lai T, Leinsalu M. Trends and inequalities in mortality of noncommunicable diseases: case study for Estonia. Geneva: WHO; 2015.
20. Jakovljevic MB, Milovanovic O. Growing Burden of Non-Communicable Diseases in the Emerging Health Markets: The Case of BRICS. *Front public Heal* 2015;3:65.
21. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, et al. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
22. WHO. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Geneva; 2012.

23. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health* 2011;34:135–43.
24. Rehm J, Roerecke M. Alcohol, the heart and the cardiovascular system: What do we know and where should we go? *Drug Alcohol Rev* 2011;30:335–7.
25. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, et al. Alcohol Consumption and Mortality From Coronary Heart Disease: An Updated Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Stud Alcohol Drugs* 2017;78:375–86.
26. Roerecke M, Rehm J. Ischemic heart disease mortality and morbidity rates in former drinkers: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2011;173:245–58.
27. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Men and Women: A Systematic Review and Meta-Analysis Hypertension is a prevalent condition that affects approximately 65 million individuals in the United States based on a preliminary report from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *J Clin Hypertens* 2012;14:792–8.
28. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal* 2017;2:e108–20.
29. Dugum M, McCullough A. Diagnosis and Management of Alcoholic Liver Disease. *J Clin Transl Hepatol* 2015;3:109–16.
30. Askgaard G, Grønbaek M, Kjær MS, et al. Alcohol drinking pattern and risk of alcoholic liver cirrhosis: a prospective cohort study. *J Hepatol* 2015;62:1061–7.
31. Seitz HK, Becker P. Alcohol metabolism and cancer risk. *Alcohol Res Health* 2007;30:38–41, 44–7.
32. White AJ, DeRoo LA, Weinberg CR, et al. Lifetime Alcohol Intake, Binge Drinking Behaviors, and Breast Cancer Risk. *Am J Epidemiol* 2017;186:541–9.
33. Chuang S-C, Lee Y-CA, Wu G-J, et al. Alcohol consumption and liver cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Causes Control* 2015;26:1205–31.
34. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol* 2013;24:301–8.
35. WHO. European tobacco control status report. Geneva; 2014.
36. Kõks G, Fischer K, Kõks S. Smoking-related general and cause-specific mortality in Estonia. *BMC Public Health* 2017;18:34.
37. Løkke A, Lange P, Scharling H, et al. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax* 2006;61:935–9.
38. Hbejan K. Smoking effect on ischemic heart disease in young patients. *Heart Views* 2011;12:1–6.
39. Baba S, Iso H, Mannami T, et al. Cigarette smoking and risk of coronary heart disease incidence among middle-aged Japanese men and women: the JPHC Study Cohort I. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;13:207–13.
40. Furrukh M. Tobacco Smoking and Lung Cancer: Perception-changing facts. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2013;13:345–58.

41. Osaki Y, Okamoto M, Kaetsu A, et al. Retrospective Cohort Study of Smoking and Lung Cancer Incidence in Rural Prefecture, Japan. *Environ Health Prev Med* 2007;12:178–82.
42. Gandini S, Botteri E, Iodice S, et al. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *Int J Cancer* 2008;122:155–64.
43. Li M, Fan Y, Zhang X, et al. Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ Open* 2014;4:e005497.
44. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol* 2017;46:1029–56.
45. Wang M, Yu M, Fang L, et al. Association between sugar-sweetened beverages and type 2 diabetes: A meta-analysis. *J Diabetes Investig* 2015;6:360–6.
46. Cohen L, Curhan G, Forman J. Association of sweetened beverage intake with incident hypertension. *J Gen Intern Med* 2012;27:1127–34.
47. Strazzullo P, D’Elia L, Kandala N-B, et al. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 2009;339:b4567.
48. Peleteiro B, Lopes C, Figueiredo C, et al. Salt intake and gastric cancer risk according to *Helicobacter pylori* infection, smoking, tumour site and histological type. *Br J Cancer* 2011;104:198–207.
49. WHO. Physical activity strategy for the WHO European region 2016-2025. Geneva; 2014.
50. Gerovasili V, Agaku IT, Vardavas CI, et al. Levels of physical activity among adults 18–64 years old in 28 European countries. *Prev Med* 2015;81:87–91.
51. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012;380:219–29.
52. Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, et al. Physical Activity of Moderate Intensity and Risk of Type 2 Diabetes: A systematic review. *Diabetes Care* 2007;30:744–52.
53. Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, et al. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation* 2011;124:789–95.
54. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, et al. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2009;100:611–6.
55. Jamal A, King BA, Neff LJ, et al, Graffunder CM. Current Cigarette Smoking Among Adults - United States, 2005-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:1205–11.
56. Mpofu JJ, De Moura L, Farr SL, et al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil – 2011. *PMR* 2016;3:333–337.
57. Brown QL, Hasin DS, Keyes KM, et al. Health insurance, alcohol and tobacco use among pregnant and non-pregnant women of reproductive age. *Drug Alcohol Depend* 2016;166:116–24.

58. Chen Z, Min J, Bian J, et al. Risk of health morbidity for the uninsured: 10-year evidence from a large hospital center in Boston, Massachusetts. *Int J Qual Heal Care* 2018;1–6.
59. McClurkin MA, Yingling LR, Ayers C, et al. Health insurance status as a barrier to ideal cardiovascular health for U.S. adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *PLoS One*. 2015;10: e0141534.
60. Carlson SA, Fulton JE, Pratt M, et al. Inadequate Physical Activity and Health Care Expenditures in the United States HHS Public Access. *Prog Cardiovasc Dis* 2015;57:315–23.
61. Tabar L, Chen TH-H, Yen AM-F, et al. Effect of Mammography Screening on Mortality by Histological Grade. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2018;27:154–7.
62. Kaplan HG, Malmgren JA, Atwood MK, et al. Effect of treatment and mammography detection on breast cancer survival over time: 1990–2007. *Cancer* 2015;121:2553–61.
63. Yoshida Y, Schmaltz CL, Jackson-Thompson J, et al. The impact of screening on cancer incidence and mortality in Missouri, USA, 2004–2013. *Public Health* 2018 ;154:51–8.
64. Landy R, Pesola F, Castañón A, et al. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer* 2016;115:1140–6.
65. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. High blood pressure: Overview. Cologne; 2012.
66. Zhou D, Xi B, Zhao M, et al. Uncontrolled hypertension increases risk of all-cause and cardiovascular disease mortality in US adults: the NHANES III Linked Mortality Study. *Sci Rep* 2018;8:9418.
67. Beagley J, Guariguata L, Weil C, et al. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract* 2014;103:150–60.
68. Mortaz S, Wessman C, Duncan R, et al. Impact of screening and early detection of impaired fasting glucose tolerance and type 2 diabetes in Canada: a Markov model simulation. *Clinicoecon Outcomes Res* 2012;4:91–7.
69. Tusso P. Prediabetes and lifestyle modification: time to prevent a preventable disease. *Perm J* 2014;18:88–93.
70. Herman WH, Ye W, Griffin SJ, et al. Early Detection and Treatment of Type 2 Diabetes Reduce Cardiovascular Morbidity and Mortality: A Simulation of the Results of the Anglo-Danish-Dutch Study of Intensive Treatment in People With Screen-Detected Diabetes in Primary Care (ADDITION-Europe). *Diabetes Care* 2015;38:1449–55.
71. Najafipour H, Shokoohi M, Yousefzadeh G, et al. Prevalence of dyslipidemia and its association with other coronary artery disease risk factors among urban population in Southeast of Iran: results of the Kerman coronary artery disease risk factors study (KERCADRS). *J Diabetes Metab Disord* 2016;15:49.

72. Scheidt-Nave C, Du Y, Knopf H, et al. Prevalence of dyslipidemia among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2013;56:661–7.
73. Petrella RJ, Merikle E, Jones J. Prevalence and treatment of dyslipidemia in canadian primary care: A retrospective cohort analysis. *Clin Ther* 2007;29:742–50.
74. Brown BG, Stukovsky KH, Zhao X-Q. Simultaneous low-density lipoprotein-C lowering and high-density lipoprotein-C elevation for optimum cardiovascular disease prevention with various drug classes, and their combinations: a meta-analysis of 23 randomized lipid trials. *Curr Opin Lipidol* 2006;17:631–6.
75. Halpern MT, Ward EM, Pavluck AL, et al. Association of insurance status and ethnicity with cancer stage at diagnosis for 12 cancer sites: a retrospective analysis. *Lancet Oncol* 2008;9:222–31.
76. De Moor JS, Cohen RA, Shapiro JA, et al. Colorectal cancer screening in the United States: Trends from 2008 to 2015 and variation by health insurance coverage. *Prev Med* 2018;112:199–206.
77. Zhao G, Okoro CA, Li J, et al. Health Insurance Status and Clinical Cancer Screenings Among U.S. Adults. *Am J Prev Med* 2017;54:11–9.
78. Rivera-Hernández M, Rahman M, Galárraga O. Preventive healthcare-seeking behavior among poor older adults in Mexico: the impact of Seguro Popular, 2000-2012. *Salud Publica Mex* 2018;61:46.
79. Ng DK, Brotman DJ, Lau B, et al. Insurance Status, not Race, is Associated with Mortality After an Acute Cardiovascular Event in Maryland. *J Gen Intern Med* 2012;27:1368–76.
80. Alcalá HE, Albert SL, Roby DH, et al. Access to Care and Cardiovascular Disease Prevention: A Cross-Sectional Study in 2 Latino Communities. *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e1441.
81. Christopher AS, McCormick D, Woolhandler S, et al. Access to Care and Chronic Disease Outcomes Among Medicaid-Insured Persons Versus the Uninsured. *Am J Public Health* 2016;106:63–9.
82. Brooks EL, Preis SR, Hwang S-J et al. Health insurance and cardiovascular disease risk factors. *Am J Med* 2010;123:741–7.
83. Kiefer MM, Silverman JB, Young BA, et al. National patterns in diabetes screening: data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2005-2012. *J Gen Intern Med* 2015;30:612–8.
84. Adjei Boakye E, Varble A, Rojek R, et al. Sociodemographic Factors Associated With Engagement in Diabetes Self-management Education Among People With Diabetes in the United States. *Public Health Rep* 2018;133:685–91.
85. Zhang X, Bullard KM, Gregg EW, et al. Access to health care and control of ABCs of diabetes. *Diabetes Care* 2012;35:1566–71.
86. Tilert TJ, Chen J. Smoking-Cessation Advice to Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Prev Med* 2015;48:683-693.

87. Gaffney AW, Woolhandler S, Himmelstein D, et al. Disparities in pulmonary fibrosis care in the United States: an analysis from the Nationwide Inpatient Sample. *BMC Health Serv Res* 2018;18:618.
88. Li SS, Hayes D, Tobias JD, et al. Health insurance and use of recommended routine care in adults with cystic fibrosis. *Clin Respir J* 2018;12:1981–8.
89. Ruuge M, Matsi A, Oja L. Eesti Terviseuuring 2014. Metoodikaülevaade. Tallinn; 2019.

Health behaviour and noncommunicable diseases' prevalence in people without health insurance: Estonian Health Interview Survey 2014

Summary

In this master's thesis, health insurance coverage in people aged 19 to 62 and its associations with different factors were examined. The objectives of the thesis were to 1) describe uninsured people; 2) describe differences in health behaviour, of using health services and in noncommunicable diseases' prevalence between uninsured and insured individuals; 3) analyze associations between health insurance status and 1) health behaviour; 2) usage of health services; 3) noncommunicable diseases.

Master's thesis based on Estonian Health Interview Survey 2014 and the final sample consisted of 3662 people whom which 54,5% were women. Data was collected by completing a survey, that could have been done by face to face interview or in the online platform eStat.

Data of valid health insurance was collected by answers to the question „Do you have valid health insurance?“

In Estonia, the proportion of uninsured people has been on a rise as it rose from 3,3% in 2008 in people aged 16 or older to 6,3% in 2014. In this thesis, it was found that the weighted percentage of uninsured people in age 19–62 was 7,7% and the proportion was higher in men compared to women, 9,8% and 5,7% respectively. In people of estonian heritage, the proportion of uninsured people was lower than in others, 7,1% and 9,0% respectively. The percentage of uninsured people was highest in the age group 40–49 (8,8%). Prevalence of noncommunicable diseases was somewhat lower in uninsured people as compared to insured persons. However, statistically significant association was found only with hypertension. People who assessed their health to be better had higher odds to be uninsured. In health behaviour, there were several differences observed between uninsured and insured people. Statistically significant association with health insurance status was found with alcohol consumption: those who drank alcohol 1–4 times a week had higher odds of being uninsured than abstainers. From dietary point of view, in adjusted model, it was found that people who consumed fruit less than 4 days a week had lower odds of being without health insurance than those who consumed fruit every day. People who visited family- and specialized physicians less frequently, consumed less prescribed drugs and over-the-counter drugs or vitamins had higher odds of being uninsured. Those who had their blood pressure, blood glycoase and cholesterol checked less often also had higher odds of being uninsured. Women who hadn't had cancer screenings had higher odds of being uninsured than women who had screening less than 12 months ago.

Tänuavaldus

Soovin avaldada tänu:

- Minu juhendaja Liis Roovälile, kes oli töö valmimisel igakülselt toeks andes põhjalikke kommentaare, nõuandeid ja selgitusi ning olles alati valmis abistama ja arutelusid pidama;
- Enda tööandjale, EV Sotsiaalministeeriumi nutika arengu toetamise osakonnale toetuse ja mõistva suhtumise eest;
- Statistikaametile uuringu andmete jagamise eest;
- Lähedastele igakülgse toetuse ja mõistva suhtumise eest.

Curriculum vitae

Ees- ja perekonnanimi: Norman Pöder

Sünniaeg ja -koht: 05.09.1994, Tallinn

Kodakondsus: Eesti

E-post: podernorman@gmail.com

Haridus:

2017–...	Tartu Ülikool, MSc (rahvatervishoid)
2014–2017	Tartu Ülikool, BSc (füsioteraapia)
2011–2013	Tallinna 21. kool, keskharidus

Keelteoskus:

eesti keel	emakeel
inglise keel	C1
vene keel	A2

Teenistuskäik:

2019–...	peaspetsialist, nutika arengu toetamise osakond, EV Sotsiaalministeerium
2016–2019	rühma- ja personaaltreener, MY FITNESS AS
2017–2018	füsioterapeut, SA Tartu Ülikooli Kliinikum
2017–2018	tegevjuht, Tartu Ratsakool MTÜ

Kuupäev: 15.05.2019

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Norman Pöder,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Tervisekäitumine ja mittenakkushaiguste levimus ravikindlustuseta inimeste seas: Eesti terviseuuring 2014”, mille juhendaja on Liis Roováli, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Norman Pöder

15.05.2019